ESCRITOS

REVISTA DE SICOLOGIA
año 1 n°1
S/. 10,000

PUBLICACION DE AEP (ASOCIACION DE ESTUDIOS PSICOLOGICOS)



ESPECIAL PSICOTERAPIA
REPORTAJE AL VALDIZAN
ENTREVISTA CON SEGUIN
LA VIOLENCIA EN LA FAMILIA
PUC: CRISIS '81
PSICOANALISIS Y LENGUAJE





ASOCIACION EDUCATIVA IBERICA

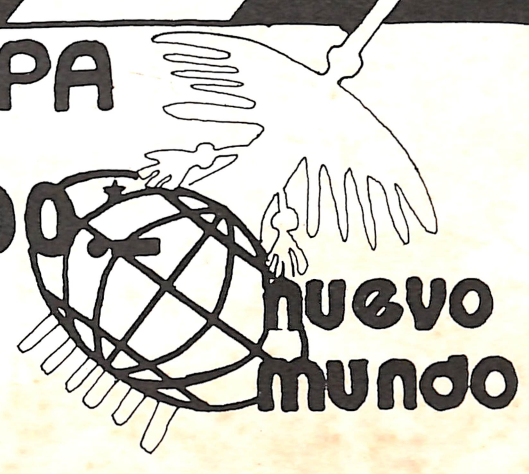
COLEGIO HISPANO BRITANICO
AV. JAVIER PRADO 2340 SAN ISIDRO
PROMUEVE LA CULTURA

GRIFOS ALFREDO ROMERO C.

AV. MEXICO 700 LA VICTORIA
APOYA A LA CULTURA

sabia ud.?

viajar a EUROPA
le cuesta
menos de $.1000.*
ida y vuelta



visitenos!
nuestra especialidad
son vuelos con tarifas
reducidas a cualquier
parte del mundo

ademas: tramites creditos etc.

★ impuestos incluidos

Jirón Camaná 780 - Of. 506 - Lima
Teléfono 270635
Telex: 25218 PE CP HCRIL
P. O. Box: 4525
LIMA - PERU



COCINAS A KEROSENE,
AUTOCLAVES DOMESTICAS,
OLLAS DE ALUMINIO, FIERRO ENLOZADO,
CATRES Y CUJAS

GERMAN CARRASCO 2165-CHACRA RIOS SUR
Teléf. 31-5932

Acepte el reto Pepsi

Deje que su gusto decida.

PEPSI

EDITORIAL



Devota profesion

La Asociación de Estudios Psicológicos (AEP) es una asociación civil sin fines de lucro surgida de la iniciativa de un grupo de estudiantes de la Universidad Católica a partir de un percepción común, la casi inexistente identidad del quehacer psicológico en el país. Reconocemos el esfuerzo de muchas personas por alcanzar tal objetivo, pero no podemos afirmar por ello que la tarea tenga visos de culminación. No nos anima un afán consensual ambiguo; nos presentamos con una posición definida que será evidente luego de la lectura de este primer número. Sin embargo, no podemos descreer del pluralismo. Bajo tal principio nos unimos y a su ejercicio dedicaremos este esfuerzo editorial.

De esto surge precisamente, ESCRITOS. Queremos que esta revista sea un nexo entre la psicología y el medio social, un nexo que ofrezca seriedad y que, en la medida de nuestras posibilidades, ayude a esclarecer una relación muchas veces viciada por el fácil y superficial entendimiento. En tal perspectiva, ESCRITOS pretende revertir la tradicional costumbre oral de la disciplina psicológica en el país, quizá el mayor obstáculo a que tal nexo exista con adecuados niveles de correspondencia y asequibilidad.

En este proyecto, inexperiencia e ignorancia cedieron paso al optimismo y al empeño; en el camino muchas cosas quedaron pendientes, muchas otras incuestionadas, pero el saldo —creemos— es satisfactorio. Detrás del producto tangible que se aprecia hay un trabajo hecho en base a la participación homogénea y sin jerarquía de sus gestores (no tenemos un director). Además de ello, implícita en estas páginas hay una voluntad de continuación. Aprender de la experiencia es difícil —no podemos soslayarlo—, pero es el imperativo que ya nos orienta en la preparación del segundo número y en la planificación de otras actividades que consideramos igualmente importantes.

No hacerlo haría que en muy breve plazo nos incorporemos a la larga lista de tantos proyectos editoriales o culturales inconclusos en el país. Definitivamente, no es esa nuestra expectativa.

ESCRITOS

ESCRITOS. Revista de Psicología es una publicación de la Asociación de Estudios Psicológicos AEP.
San Martín 219 — Barranco - Telf.: 670291

Impresión : SAGSA

Por Resolución Ministerial No. 480—85—ED AEP es una asociación civil no lucrativa con fines educativos y culturales. Donaciones a la Cuenta de Ahorros 500—198, Banco Wiese. Agencia Miraflores.

INDICE

ESPECIAL PSICOTERAPIA

REPORTAJE

VARIOS

INTERDISCIPLINARIOS

ENTREVISTA

LIBROS

LA CONTRATRANSFERENCIA E INTERPRETACION Y EL PACIENTE

Dr. Jaime Motta

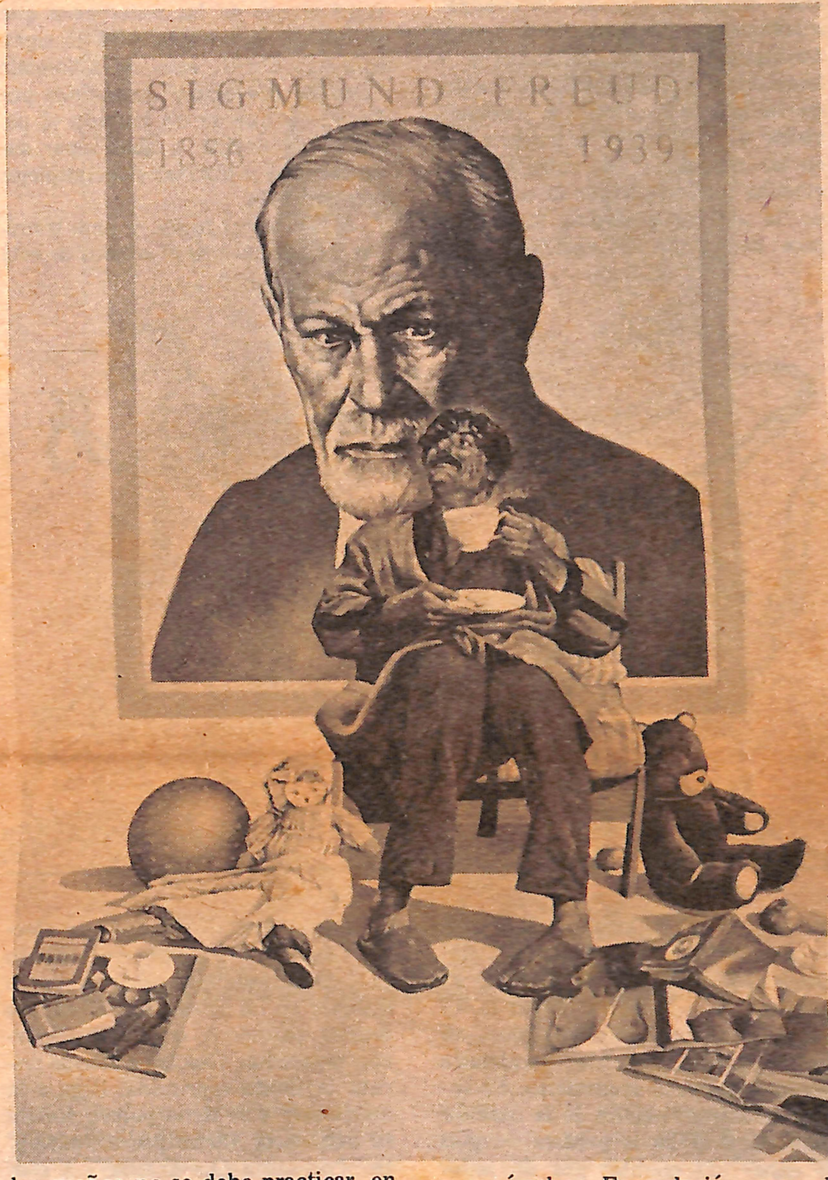
El presente estudio tiene por objetivo lograr un análisis metapsicológico de la Contratransferencia e Interpretación por un lado, y de las modificaciones y logros en el aparato psíquico del analizando por el otro. Se trata de ver cómo ambos elementos y aparatos están en estrecha interacción al punto de provocar modificaciones y parecidos entre sí. Es precisamente sobre el desarrollo de esta idea que recae el acento del estudio que presentamos.

Así como Freud estudió la Contratransferencia y otros lo continuaron —entre ellos F. Cesio al otorgarle la metapsicología de este proceso— también ahora es mi propósito realizar este enfoque en las modificaciones ganadas por el analizando bajo el influjo del trabajo analítico, específicamente, de la actitud analítica. Enfatizamos, pues, en estas líneas, el valor de dicha actitud y cómo es capaz de producir sus propios efectos metapsicológicos en el paciente.

A modo de inicio, veamos el significado de los términos "contratransferencia" e "interpretación".

El primero, etimológicamente deriva del latín "contra" que significa "frente a", y de la palabra "transferencia", "transferre" que significa "transportar", "llevar". Freud en "El porvenir de la terapia psicoanalítica" (1910), define por primera vez la contratransferencia; dice textualmente (1): "Se nos ha hecho visible la contratransferencia que surge en el médico bajo el influjo del enfermo sobre su sentir inconsciente, y nos hallamos muy inclinados a exigir, como norma general, el reconocimiento de esta contratransferencia por el médico, y su vencimiento". Tres años más tarde, en "La disposición a la neurosis obsesiva" (1913), dice (2): "Todo hombre posee en su propio inconsciente un instrumento con el que puede interpretar las manifestaciones de lo inconsciente en los demás". Son estos los primeros momentos conceptuales sobre la contratransferencia.

Ahora digamos sobre la interpretación. Esta palabra viene del latín "interpres" que quiere decir "mediador", "intercededor", y se la encuentra desde los orígenes del Psicoanálisis. Así, en la época de "Estudios sobre la histeria" (1895), Freud decía, aún sin emplear este vocablo, que el principal objetivo —de la cura— consistía en hacer surgir de nuevo los recuerdos patógenos inconscientes. Se intercedía a favor de lo reprimido. Pero es cuando empieza a definirse la técnica psicoanalítica propiamente, que adquiere su verdadera importancia. Así, en "El manejo de la interpretación de los sueños" (1911), decía Freud (4): "Sostengo, pues, que la interpretación de los sueños no se debe practicar, en el curso del tratamiento psicoanalítico, como un arte en sí, sino que su uso queda sometido a las reglas técnicas que rigen todo el conjunto del tratamiento". De allí surge la elaboración e incorporación de estas reglas técnicas que regirán el nivel (de lo consciente a lo inconsciente, el tipo (interpretación de las resistencias o de la transferencia, etc.) y el orden o coherencia del hilo interpretativo. "Deutung" es el vocablo alemán usado por Freud, y que ha sido traducido al español como "interpretación". Veamos cuál es la definición que allí se encuentra. Encontramos en realidad dos: "explicar o declarar el sentido de una cosa" y "atribuir una acción a determinado fin o causa". En estos mismos términos se le usa cuando buscamos el sentido inconsciente existente en las manifestaciones verbales y de comportamiento de un analizando. En relación con la primera acepción, es liberar el deseo y la emoción reprimida, así como las modalidades defensivas que se instauran para oponérseles. En relación con la segunda, vemos un estrecho parentezco con el enfoque genético del psicoanálisis respecto a la concepción de que existe lo reprimido que da las manifestaciones sintomáticas.



Meditando sobre el contenido de lo dicho hasta ahora, tenemos ya la sensación de estarnos aproximando a la intimidad del analista, a su persona, a su sentir. En las palabras de Freud que señaláramos, el fragmento que más nos llama la atención es el siguiente: "Se nos ha hecho visible la contratransferencia que surge en el médico bajo el influjo del enfermo sobre su sentir inconsciente". Tomemos "bajo el influjo del enfermo". "Influjo" viene del latín "fluere", que significa "manar": del paciente manan contenidos reales y concretos; ¿cuáles son? Apoyémosnos en Freud, cuando en 1938, en su "Esquema del Psicoanálisis" (6), nos explica la naturaleza de esas emanaciones: son "datos que nos da, sus asociaciones libres, lo que nos muestra en sus transferencias, lo que nos ofrece la interpretación de sus sueños y lo que le traicionan sus actos fallidos". "Datos", "asociaciones", son palabras; son entonces éstas las llamadas "el influjo", y son ellas las que llegan al inconsciente del analista produciendo un "sentir" en él. Estudiemos entonces, ahora, las propiedades que éstas tienen y que las hacen tan influyentes.

Rastreemos sus propiedades desde el pasado con ayuda de la etimología. Encontramos que antiguamente, en la lengua griega, existía un vocablo denominado "legein" que significaba "reunir, recoger o decir"; "decir" era sinónimo de un acto motor, quizá debido al acto motor del habla que lo hacía equiparable a una acción en sí. En un solo hilo hay pendiendo dos cosas diferentes como lo son la motilidad y el hablar, y es esto, a mi modo de ver, el primer paso a la simbolización: la acción va siendo sustituída por el acto del habla. Esto se ve mejor cuando se crea, o se inventa, un derivado de "legein" que va a purificar el acto abstractivo y simbolizante inicial: "logos", "que dice lo que las cosas son". Con esto se instaura una función psíquica. Más tarde se usaría "paraballo" ("yo comparo") y finalmente el término "parábola", que quiere decir "símil", en donde palabra y cosa es idéntico (idem-lo mismo). Actualmente, en el español, el concepto de palabra engloba lo anterior: "Es la sílaba o reunión de sílabas que, formando un todo independiente, basta para expresar una idea" o "sonido o conjunto de sonidos articulados que expresan una idea". Conceptos, ambos, encontrados en el Diccionario de la Lengua Española (5). Idea y acto del habla, los dos elementos de la palabra. La "idea", en el griego primero "eidón" ("yo ví") y después "idea" ("imagen ideal de un objeto"), nos remite al resultado —psíquico— del "legein" y al "logos", y el hablar transcurre, pues, desde estas imágenes o representaciones (que también significa "retrato") de los objetos sensibles, a los órganos perceptuales —y a la conciencia—. En el Diccionario encontramos una conceptualización similar: la "idea" es la "imagen o representación que del objeto percibido queda en el alma". Podemos decir entonces, que lo que nos llega a la conciencia, cuando una persona nos da palabras, son representaciones o imágenes de lo que vio o de lo que le llega a la conciencia a través de la asociación libre de sus ideas. Mas cabe aquí una pequeña diferencia entre ambas: económicamente, es distinta la narración de representaciones de lo visto, que la verbalización —con tono emocional— de las vivencias recordadas. Estas últimas tienen más carga, más libido. Son palabras "con vida", se diría.

Volvamos a nuestro análisis de la "palabra", que guarda en su seno una "idea". Lingüísticamente se desdobla en dos componentes también, a saber: concepto e imagen acústica, elementos qué constituyen el "signo lingüístico". La palabra queda, pues, compuesta por "signo lingüístico" y acto del habla (articulación motora). Esto es importante debido a que, dentro del Psicoanálisis, el "signo lingüístico" es llamado "Presentación de palabra" o, lo que es lo mismo, "Representación de palabra", y la imagen acústica, "Huella mnémica de la palabra oída" (HMPO). A la "idea" o representación del objeto de la experiencia cargada libidinalmente, se le denomina aquí "Idea de cosa inconsciente", o simplemente "Idea de cosa" o "Idea inconsciente".

Volvamos con lo que Freud decía respecto al hecho de haberse observado en el médico una contratransferencia que nace como respuesta al influjo del paciente sobre su sentir inconsciente. Ya hemos visto que en el inconsciente están las ideas de cosa, es entonces a ellas a quienes llega el influjo, o sea las representaciones-palabra del paciente. Ante la excitación de aquellas, van a buscar su enlace con el sistema Prec. y caer así a la conciencia. Se opera entonces, dentro del aparato psíquico del analista, una transferencia frente-a (contratransferencia). De lo concientizado surge el material o contenido de la interpretación, la misma que, al llegar al paciente, va a cerrar el circuito. De esto se colige que la contratransferencia y la interpretación están íntimamente relacionadas y son inseparables. Al no existir las representaciones-palabra estímulo del paciente, no hay excitación de los contenidos inconscientes del analista, y, por ende, no hay material para el contenido de la interpretación. No hay, así, representaciones-palabra que toquen la conciencia del analizando. Mejor dicho, a la conciencia de éste han de llegar los mismos elementos que cayeron a la conciencia del analista, o sea objetos. Son éstos en realidad los que tocan al paciente, quien ante su entrega recibe como devolución objetos. Sus propios contenidos anidan de esta manera en la interpretación, lo cual es metapsicológico en sentido estricto, y psicoanalítico en sentido amplio. El paciente —avancemos un poco más— reconoce la idea de cosa inconsciente dentro de este objeto, se excitan otras cercanas del mismo núcleo del complejo inconsciente, y buscan su descarga vía enlace con las representaciones-palabra del sistema Prec. Es a este nivel que el paciente se transforma en otro dador de objetos. Estos van concatenándose y formando nuevas tramas que constituyen a su vez un nuevo influjo para el analista, con la consiguiente remoción de otro contenido inconsciente que va a explicar la nueva idea de cosa que subyace en esta trama asociativa. Un nuevo objeto nace para excitar una nueva cadena, que, en el mejor de los casos, otorga un distinto nivel de profundidad.

Si observamos este proceso desde afuera —por ejemplo en una supervisión donde la sesión está grabada y transcrita, o, por otro lado, desde la percepción del analizando— se va a notar que el proceso anteriormente descrito requiere de una especial actitud en el analista. Esta concierne a una disociación yoica saludable y necesaria para los fines del trabajo analítico. Freud lo recomendó y H. Racker lo detalló: por un lado, un yo vivenciador e irracional, y por el otro, uno observador y racional. Pues bien, esto que es observable incluso fenoménicamente, tiene su correlato económico, energético, libidinal. La libido yoica desexualizada, inhibida en su fin, ha de disociarse también. Una parte de ella ha de entrar en contacto con la libido sexual estimulada, por lo cual diríamos que se "sexualiza" nuevamente. Es esta libido la que acompaña al yo vivenciador e irracional; la que permanece indemne, es la que acompaña al yo observador y racional. A la libido yoica en su conjunto, que sufre la disociación provocada por la adopción de la actitud analítica, la preferimos llamar "libido analítica", por



darse precisamente en este contexto y para los fines operativos del tratamiento. Es gracias a ésta que el analista va a poder procesar la vivencia irracional excitada para, en un segundo momento, modelarla según el proceso secundario. En suma, la estructuración de la oración gramatical o de la palabra —según el caso— da cuenta, por un lado, del proceso de transferencia "frente-a", y por el otro, es la que va a dar el tono emocional acompañante a aquella, como muestra de una libido excitada.

Por el lado del paciente, la percepción de esta libido analítica, ha de surtir sus propios efectos (aparte de los ocasionados por el contenido de la interpretación). Como el vocablo "efecto" (del lat. "facere") significa "hacer", hemos de pesquizar lo que hace la libido analítica en el aparato psíquico del paciente y desarrollar el estudio metapsicológico de ésta.

a) En primer lugar diremos que la libido analítica se presenta al paciente como un objeto externo, perceptible y que se deja sentir, que produce descarga de tensión y que por esto es vivenciada como objeto gratificante, placentero, digno de aprecio y de ser introyectado, mejor dicho: interiorizado, de guardarlo y ser como él. Se abren las puertas de la identificación. El paciente, pues, inicia un nuevo proceso yoico, parecido al del analista. Se identifica con su disociación yoica y libidinal, y nace así la actitud auto-analítica en el paciente, logro éste que acompaña a todo buen análisis y que es un valioso colaborador para el analista.

b) En segundo lugar encontramos que, como consecuencia de lo anterior, el yo del paciente sufre modificaciones. Se instala en él una actitud "contínua". Se podría decir que se instala en el yo un núcleo, al que llamamos "Núcleo Libidinal de Progresión" (NLP), cuya finalidad es la de atraer para sí la libido reprimida en los complejos inconscientes, colaborando, además, en el vencimiento de las resistencias que se oponen a tal atracción. El signo sobresaliente de esto, es la llamada "fase de liberación" enunciada por Freud, y que se da cuando el paciente se decide a abandonar sus resistencias y libertar sus complejos inconscientes.

c) En tercer lugar, y para terminar, el paciente es el objeto de esta libido analítica. En él caen los efectos libidinales y el objeto anidado en la interpretación, la cual busca integrar en las líneas asociativas, los grupos psíquicos que permanecieron separados. Gracias a esto se rescata la libido reprimida, llega a la conciencia y se tiene percepción de su existencia. Dicho por un paciente: "no sabía que amaba". A este proceso lo he denominado "Amorificación", en vista de que está juego la libido y una actitud yoica genital, cuya característica es la de tomar conciencia de los núcleos inconscientes y de la libido que busca su descarga y liberación.

Lima, Perú, 1984

FREUD. S.
1895: Estudios sobre la Histeria (3)
1910: El Porvenir de la Terapia Psicoanalítica (1)
1911: El Menejo de la Interpretación de los Sueños (4)
1911: La Disposición de la Neurosis Obsesiva (2)
1938: Esquema del Psicoanálisis (6)

RACKER, H.
Estudios sobre Técnica Psicoanalítica

LA ES
TERAPI

Gran parte del p
frustrante; único

Dr. Fernando Maestre

El tema de la psicoterapia es algo que siempre me interesó, no sólo por la experiencia de ser terapeuta, sino también por la polémica profesional y social que ésta conlleva. Recién hace un siglo que esta práctica como especialidad médica existe. Esto no quiere decir que antiguamente no se practicara el arte de la cura del espíritu, pues la historia está plagada de personajes que practicaban "la cura del alma" —con éxito incluso— casi desde los primeros momentos de la humanidad, y en esa línea está la interpretación profética de los sueños, las curas mágicas, los hipnólogos, espiritistas y en nuestro continente, el curanderismo, la brujería y los hierberos que persisten hasta hoy y que, inclusive, ocupan un respetable lugar social bajo la categoría de medicina folklórica. Este preámbulo sirve para situar el objetivo de este artículo y su espíritu con un alcance mucho más específico: ocuparse de la importancia de la Psicoterapia Médica que aspira a ser ciencia, de su práctica y de su acción benéfica sobre el ser humano que sufre. En este sentido quiero empezar por plantear una diferencia entre lo que es la psicoterapia (cualquiera que ella sea) y las llamadas acciones psicoterapéuticas. La primera estará siempre en manos de un profesional calificado y debidamente entrenado, y será efectuada siempre como un quehacer con categoría, corte y tinte de tratamiento especializado, mientras que las segundas —acciones psicoterapéuticas— serían actitudes que hacen bien al ser humano, extensibles a toda una gama de practicantes, calificados o no, que en un momento de la vida intervienen con un consejo, orientación, actitud o apoyo de claro efecto positivo y benéfico para el que sufre. Dentro de esta categoría incluímos las actitudes adecuadas de los padres de familia (recuérdese al papá de Juanito), sacerdotes, educadores, actitudes de apoyo psíquico en general.

La psicoterapia psicoanalítica sería una técnica médica en manos de un especialista que centra su investigación en tres pilares:
1.— El trabajo en el mundo inconsciente, 2.— la presencia y evidencia de la sexualidad in-

RUCTURA DE LA
PSICOANALITICA

oceso analítico será vivido por el paciente como
odo de reparar el nucleo traumático infantil.

dada en el marco del Complejo de Edipo, y 3.— el manejo y análisis de la transferencia y contratransferencia.

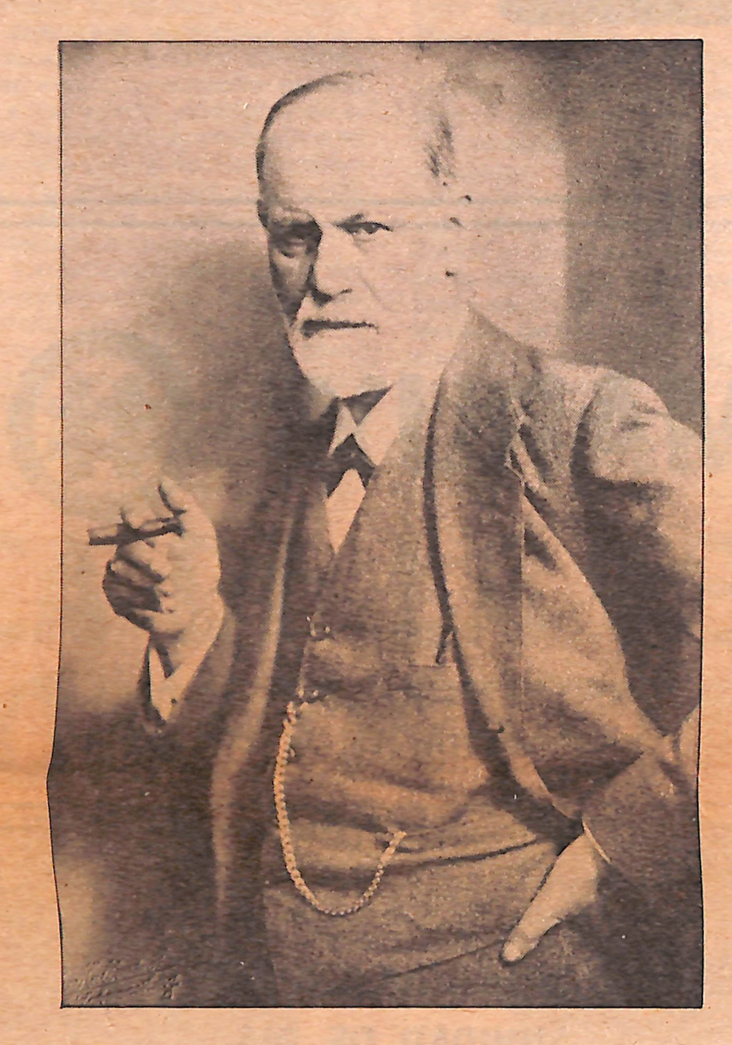
Sin estas tres premisas, la psicoterapia será de otro corte mas no psicoanalítica. No es posible pensar que se está practicando psicoterapia psicoanalítica si, en el proceso, no se analiza el complejo de Edipo, las fantasías infantiles, o se pretende avanzar en la cura sin interpretar la transferencia, es decir, hacerla consciente y ver sus raíces.

Otro factor, tan importante como los anteriores, que se propone como fundamental, es el "setting" o encuadre de la sesión de terapia; éste puede tener unas pocas variables, pero en líneas generales debe mantenerse sobre un modelo pre-establecido de acuerdo a lo aconsejado por la técnica, y así debe sostenerse durante todo el proceso de cura. El encuadre debe comprender determinadas fórmulas invariables sin las cuales es imposible que una terapia psicoanalítica funcione. Estas son: 1.— Tener un lugar de reunión estable, siempre el mismo, sin variación de consultorios, 2.— tener un horario estable, que el paciente sepa el día y hora de su sesión y que ésta se modifique lo mínimo posible, y 3.— los honorarios quedarán perfectamente establecidos, fijándose los montos de pago, días de pago, meses de reajuste y todo lo concerniente a este tema claramente formulado a la hora de plantear el contrato.

Las sesiones, de 45 y 50 minutos de duración, podrían realizarse de tres posibles maneras: con el paciente "cara a cara" con el terapeuta, con el paciente sentado sin enfrentar "cara a cara" al terapeuta, o, finalmente, con el paciente reclinado sobre el diván, técnica reservada para analistas o candidatos a serlo.

La práctica psicoterapéutica psicoanalítica (P.P) está reservada para determinados pacientes, dependiendo esto de la calidad del paciente que la solicita, asi sucede que no todo paciente que pide ayuda puede ser sometido a una PP, pues, con esta actitud poco cuidadosa, se corre el riesgo de no ayudarlo sino, más bien, de confundirlo o empeorarlo.

Este punto de vista está apoyado en lo afirmado por Freud en 1912 en el sentido que "la cura debe practicarse en la abstinencia"; esto quiere decir que gran parte del proceso analítico será vivido por el paciente como frustrante, único modo de reparar el núcleo traumático infantil. Ahora bien, el arte de la PP está en saber administrar, tal como lo propone Freud, esta abstinencia de tal modo que sea lo suficientemente frustrante como para que reactive la neurosis infantil, pero no tan frustrante que sea igual al trauma que la originó. Este es, además el punto de deslinde donde se dividen los pacientes aptos para una PP y los que no lo son. Por tanto, solo estará indicada la PP a aquellos pacientes a los que consideremos que pueden tolerar un cierto grado de frustración, sin que realicen un "acting".



Por parte del paciente, es necesario que éste reúna varias condiciones psicológicas que serían un requisito fundamental para la indicación de una PP; uno de ellos es el nivel de inteligencia que no deber ser fantil que tiene que ser abormenor que el promedio; otro requisito es la llamada capacidad de "insight", es decir, la posibilidad de reconocer errores y diseñar un cambio, lo que es diferente del simple reconocimiento de errores que muchos pacientes tienen; si no hay una intención de cambio no estamos frente a un "insight" legítimo.

Otro factor importante es la motivación a la cura, la cual es imprescindible; sin ella no vale la pena ni intentar una PP La motivación puede ser detectada o valorada porque va siempre de la mano de cierta consciencia de enfermedad. Es así como un paciente que pide terapia "para que su mujer cambie" o que viene a terapia porque su esposa no lo admite en casa sin análisis, va a fracasar en su intento y va a interrumpir precozmente la cura. Esto no quiere decir que a estos pacientes no se les pueda ayudar terapeúticamente, pero quizá usando otras técnicas que no sean las analíticas.

Las condiciones aquí indicadas dejan ver que la selección del paciente para una PP es delicada, cuidadosa y debe hacerse en varias sesiones de evaluación, sin darse prisa ni comprometerse de inmediato con una técnica o con el paciente; todo esto ilustra la necesidad de que el paciente elegido tenga un buen fragmento de su psiquismo sano, con el cual el terapeuta pueda entrar en contacto para sellar el convenio y contrato.

Cualquier carencia o ausencia de estos tres factores (inteligencia, capacidad de "insight' y motivación) dificultaría el proceso y de seguro llevará a interrupciones o abandono del tratamiento.

Sin embargo, quisiera señalar un punto de vista personal que pudiera ser polémico o no aceptado por colegas más ortodoxos en la práctica y es el hecho de haber observado cómo, pacientes rechazados para la práctica de psicoterapia psicoanalítica, con el tiempo y con otra técnica terapéutica previamente practicada volvíanse aptos para una terapia de corte analítico. Esto quiero ilustrarlo con un ejemplo breve que hará más clara la observación.

Un paciente varón de 32 años pide terapia analítica por sentirse mal, perseguido, angustiado, con insomnio y con serios problemas conyugales, consistentes en celos intensos por parte de él y actitudes seductoras narcisistas por parte de la esposa, que mantenían al paciente en un permanente estado de irritación e inestabilidad. La esposa lo había abandonado por la persecución que él le hacía y ella le había puesto por condición, para reconstruir el vínculo, que él se trate y deje de perseguirla. Luego de la evaluación se determinó que el caso no era apto para una psicoterapia psicoanalítica, pero sí para una terapia de apoyo y consejo, mas la inclusión de psicofármacos que ayuden al paciente.

Al cabo de 4 meses, calmada la urgencia, disminuída la angustia y mejor ubicado el paciente, se cambió la terapia de apoyo por terapia dinámica; luego de 11 meses de iniciado el proceso se empezaron a integrar las primeras interpretaciones relativas a la sexualidad infantil y a la transferencia, las cuales fueron bien recibidas. En la actualidad, el paciente está en psicoterapia psicoanalítica "cara a cara", tres veces por semana y llevando a cabo una promisoria recuperación.

He querido dejar para el final lo relativo al diagnóstico como indicación de una cura psicoanalítica porque en ello se centra la diferencia que puede haber entre la psiquiatría clásica y el psicoanálisis. La psiquiatría clásica, con muy buen criterio clínico, procura la confección de diagnósticos finamente logrados y meticulosamente estudiados, de tal modo que al llegar a la conclu-

sión de estar frente a una "esquizofrenia paranoide", por ejemplo, cae por su propio peso el tratamiento y las actitudes terapeúticas acompañantes. La clínica es mandatoria, en este caso.

Por su parte, el terapeuta psicoanalítico centra atención en el diagnóstico dinámico, es decir, no en la descripción nosológica sino en aspectos de la psicología profunda, tales como defensas usadas, desarrollos dinámicos, capacidad de "insight", capacidad de reflexión, control de actuaciones motivación, interés, capacidad de duda o cuestionamiento. Sólo en ese sentido se llega a la conclusión de si un caso es apto o no para una PP. Así, en mi experiencia he visto casos diagnosticados de Histeria, pero con tal pobreza psíquica que difícilmente les hubiera beneficiado una PP, y otros casos diagnosticados como Esquizofrenia, que luego de 5



meses de tratamiento psicoanalítico intenso, se recuperaron casi totalmente.

La razón más profunda de este fenómeno es el hecho, cada vez más comprobado, que lo que constituye el éxito de un tratamiento, sea cual sea el corte del mismo, es la calidad de la relación terapeuta-paciente; si ésta es buena, óptima y se trabaja con seriedad, las posibilidades de una cura serán grandes. Y este criterio no sólo es aplicable a la PP sino a cualquier otra práctica terapeútica (guestáltica, apoyo, etc.), Cuando la relación terapeuta-paciente es buena ya se tiene medio camino andado. La otra mitad dependerá de la técnica y del alcance que el paciente quiera tener o el terapeuta esté entrenado para dar.

Mercedes R. Villanueva M.

Durante el siglo XIX se inició en las ciencias un avance tanto a nivel conceptual como metodológico, que se caracterizó por la experimentación y los métodos de investigación objetivos. En el área de la psicología se realizaron entonces —partiendo de experiencias en el campo de las ciencias biológicas— trabajos sobre el condicionamiento (Pavlov, 1849—1936), la reflexología (Bechterev, 1857—1927) y la psicología comparada (Romanes, 1848—1894; Morgan 1852—1936; Loeb, 1859—1924; Yerkes 1876—1956) los cuales fomentaron el estudio objetivo de la conducta. Kazdin (1983) menciona que entre 1905 y 1911 aparecieron varios textos minusvalorando o rechazando el estudio de la conciencia en Psicología, entre ellos Physiological psychology (1905) y An Introduction to Social Psychology (1909) de McDougall, The Essentials of Psychology (1911) de Pillsbury y The Fundamental Laws of Human Behavior (1911) de Meyer. En estos libros *la psicología se definía como la ciencia de la conducta y no de la experiencia privada.*

Dentro de esta perspectiva aparece en 1913 el artículo "La psicología vista por un conductista", cuyo autor John Broadus Watson (1878—1958) es considerado la figura principal en la clarificacion de la filosofía conductista inicial (Mahoney, 1983). Watson proponía dos tipos de conductismo: a) **El conductismo metafísico o radical**, cuyo rasgo fundamental fue la negación de la existencia de la mente. Sus postulados básicos fueron los siguientes: (Marx y Hillix, 1980) 1) La conducta se compone de elementos de respuesta y puede ser analizada con éxito mediante los métodos objetivos de la ciencia natural 2) La conducta se compone por entero de secreciones glandulares y movimientos musculares. 3) Toda respuesta obedece a algun tipo de estímulo; hay entonces un estricto determinismo de causa y efecto a la conducta 4) Los procesos de la conciencia, si es que existen, no pueden ser estudiados científicamente, y dado que constituyen remanentes de las fases teologicas precientíficas de la psicología es necesario ignorarlos b) **El conductismo metodológico o empírico**: que se refiere fundamentalmente a los procedimientos y métodos de investigación psicológica, sus características son las siguientes: (Mahoney, 1983) 1) Un supuesto determinismo macroscópico, es decir, que las relaciones sistemáticas caracterizan ciertas clases de eventos

2) Un énfasis en la observabilidad; cuando dos clases de eventos se encuentran hipotéticamente mediados por uno o más elementos intervinientes, el primero y el último de los elementos deben ser observados 3) Una adopción pragmática del operacionismo en el cual las variables dependientes e independientes son especificadas clara y objetivamente de acuerdo con los procedimientos implicados en su medida; la objetividad de la definición operacional frecuentemente se presenta por medio de medidas de confiabilidad 4) Un gran énfasis en la falsificabilidad (o sometimiento a prueba) como un rasgo de las hipótesis científicas significativas y de legítima investigación empírica. 5) Un énfasis en la experimentación controlada como medio único de acumular y refinar el conocimiento acerca de la conducta. 6) Una valoración positiva de la repetición independiente y de la universalidad de los hallazgos. Por la naturaleza extrema de sus postulados básicos, el conductismo radical no sobrevivió en grupos independientes y simultáneos: En Sudáfrica, Joseph Wolpe realizó investigaciones sobre la adquisición y extinción de respuestas de ansiedad basándose en las teorías de Pavlov, Hull y Masserman; En Inglaterra, el grupo del Hospital Maudsley, cuyos principales representantes son M.B. Shapiro, quien inició el estudio experimental de los casos clínicos, y H. Eysenck, cuyas investigaciones sobre aspectos teóricos básicos de la psicopatología lo llevaron a formulaciones sobre la neurosis en términos de conducta adquirida por condicionamiento clásico y a incorporar principios de la psicología del aprendizaje a su tratamiento; y en Norteamérica, las aplicaciones del condicionamiento operante a la conducta humana.

La definición de Terapia del Comportamiento, tropieza en primer término con la distinción que algunos autores plantean entre ésta y la modificación de conducta, ateniéndose a los principios teóricos, países de origen en su desarrollo inicial y aplicación individual o institucional (Kazdin, 1983). En la actualidad se utilizan ambos términos como sinónimos. Asumiendo esta posición se define la Terapia del Comportamiento como "el uso de un conjunto de procedimientos clínicos cuya descripción y base lógica cuentan a menudo con los descubrimientos experimentales de la investigación psicológica; y un enfoque experimental y funcionalmente analítico de los datos clínicos asociado con un resultado objetivo y mensurable" (Craighead, Kazdin y Mahoney, 1981).

Analizando la definición procedente, tenemos en primer término en el aspecto de la investigación psicológica las siguientes fuentes: (Yulis, 1980) 1) La contribución rusa, especialmente los trabajos de Pavlov y Bechterev 2) El auge de la psicología experimental, tanto en lo que respecta a sus técnicas de investigación, como a los principios teórico-empírico desarrollados para explicar fenómenos de la importancia del aprendizaje, motivación, procesos cognitivos, etc 3) La investigación y labor clínica de autores tales como Wolpe, Eysenck y Shapiro, cuyos trabajos han cimentado las bases de un intercambio constante de información entre la psicología experimental y la investigación y práctica clínica 4) Los aportes de la Psicología Social, especialmente con los estudios de Goldstein sobre la influencia social, de McGinnies y Ferster sobre el refuerzo del comportamiento social, y de Bandura sobre el aprendizaje vicario 5) Los nuevos desarrollos en psicología evolutiva de Bijou y colaboradores. 6) La cristalización de un marco de referencia generalmente denominado "modelo psicológico o psicosocial". En relación al aspecto del enfoque experimental que menciona la definición, éste alude a los principios del conductismo metodológico que asume la Terapia al Comportamiento; en este sentido se realiza el estudio del caso individual, siendo que cada caso representa un problema nuevo y único que debe investigarse, y la validez es ante todo un asunto de ver si el comportamiento del paciente cam-

ACERCA DE LA TERAPIA DEL COMPORTAMIENTO

su forma original, manteniéndose vigente hasta la actualidad el conductismo metodológico.

Adscribiéndose a los principios del conductismo metodológico, se desarrollaron en Norteamérica varias teorías sobre la psicología del aprendizaje (Hilgard y Bower,1977); entre estos teóricos cabe mencionar a Thorndike, Hull, Tolman, Guthrie y Skinner.

En el ámbito de la psicología clínica, hacia 1950 coincidieron dos hechos. El primero, una insatisfacción creciente frente a los enfoques tradicionales de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales (Yates, 1973) y el segundo, el rápido desarrollo de la escuela conductista en los años cuarenta, ya que si al inicio de siglo era verdaderamente incapaz de ofrecer una solución de recambio a otras maneras de considerar la realidad clínica, después de haber desarrollado y refinado sus leyes y métodos de investigación, estaba preparada para intentar generalizar los resultados del laboratorio a la conducta humana en el medio real. (Ladoucer, Bouchard y Granger, 1981)

Como una respuesta a la situación planteada, la Terapia del comportamiento aparece en la década del cincuenta. En su inicio se desarrollaron tres

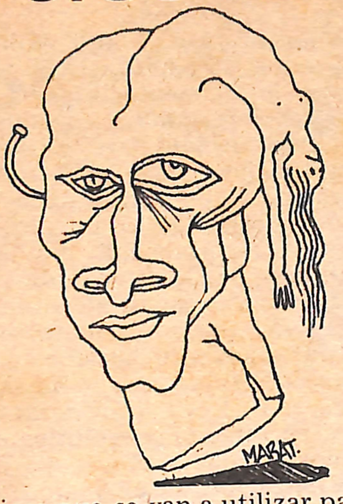


bia sistemáticamente de acuerdo con las deducciones hechas con base a la teoría que se propuso para explicar el desorden en cuestión. La preocupación principal es verificar que los procedimientos utilizados en cada estadio del tratamiento están adecuadamente probados en lo relacionado con la validez, de modo que los futuros pacientes se beneficien del avance de los conocimientos que se adquieren en esta forma. (Yates, 1980).

Desde esta perspectiva no se justifica la aplicación de técnicas estandar de tratamiento para desórdenes específicos, ya que llevarían al estancamiento dentro de una práctica clínica impermeable al cambio y a la crítica, siendo que una de las características de la Terapia del Comportamiento es su insistencia en una práctica clínica que se someta a modificación continua en función de nuevos datos objetivos en la investigación psicológica. (Rimm y Masters, 1980).

La intervención terapéutica en el enfoque conductual implica la realización del análisis funcional de la conducta; si bien no existe un modelo único para ello, la finalidad básica en todos los casos es especificar la conducta problemática, los acontecimientos ambientales que controlan esa conducta y seleccionar las téc-

PSICOTERAPIA



nicas que se van a utilizar para modificarla. En relación a la conducta se ha observado una evolución, ya que si en los inicios de la Terapia del Comportamiento el término "conducta" aludía a lo observable, actualmente designa además conductas encubiertas o fenómenos privados tales como pensamientos, imágenes, sentimientos y otros estados personales que no son evidentes al observador externo. En ciertas ocasiones estos acontecimientos privados son los objetivos terapéuticos, como en el caso de los pensamientos obsesivos. (Kazdin, 1983).

Desde sus orígenes la Terapia del Comportamiento se ha desarrollado en un período de tiempo relativamente breve; han contribuído en este sentido la viabilidad de su presentación, su utilidad práctica y las restricciones mínimas en cuanto a las condiciones bajo las cuales se puede estudiar un paciente. (Kanfer y Phillips, 1976). La estrategia terapéutica se realiza actualmente bajo un enfoque multimodal en el que se interviene en varias áreas problemáticas del paciente. Existiendo para ello una gran diversidad de técnicas cuya utilización implica un dominio de los principios teóricos que las sustentan.

Una revisión de los procedimientos terapéuticos utilizados da cuenta del constante desarrollo del enfoque, así tenemos las técnicas iniciales como la desensibilización sistemática, la inundación, la implosión, la terapia aversiva, el modelado, etc, y las técnicas incorporadas recientemente como el autocontrol, el biofeed back, y los procedimientos de modificación cognitiva de la conducta; lo que unifica la diversidad de técnicas más que un enfoque conceptual único es el rigor metodológico, es decir la validación empírica en la evaluación del tratamiento.

Se han expuesto hasta aquí algunas consideraciones sobre el enfoque conductual, la situación actual y las perspectivas futuras se encuentran reflejadas en el siguiente texto de Kanfer y Phillips (1976): "La terapia del comportamiento es un método completo para lograr los cambios deseados en el mismo; requiere revisiones y mejoras constantes, pero hasta el momento, puede proporcionar técnicas capaces de valorar los objetivos humanos en un sistema abierto que incluya flexibilidad, verificabilidad y alcance en una proporción mayor que cualquiera de las escuelas tradicionales de psicoterapia".

BIBLIOGRAFIA

CRAIGHEAD. W. E; KAZDIN. A; MAHONEY. M: Modificación de Conducta. Barcelona: Ed. Omega, 1981.

HILGARD. E;BOWER.G: Teorías del aprendizaje. México: Ed. Trillas, 1977.

KANFER.F; PHILLIPS.J; Principios del aprendizaje aplicados a la Terapia del Comportamiento. México: Ed. Trillas, 1976

KAZDIN.A: Historia de la Modificación de Conducta. Bilbao: Ed. Desclé de Brouwer. 1983.

LADOUCER. R; BOUCHARD.M. A.; GRANGER. L: Principios y aplicaciones de las Terapias del Comportamiento. Madrid: Ed. Debate, 1981.

MOHONEY.M: Cognición y Modificación de conducta. México: Ed. Trillas, 1983.

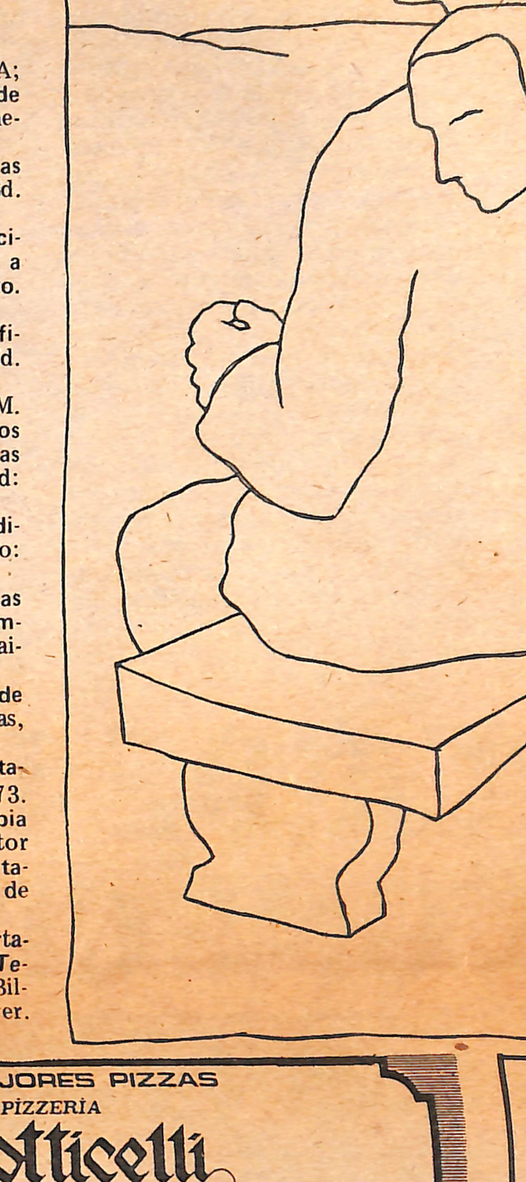
MARX. M; HILLIX. W: Sistemas y teorías psicolóogicos contemporáneos. Buenos Aires: Ed. Paidos, 1980.

RIMM.D; MASTERS.J: Terapia de la Conducta México: Ed. Trillas, 1980.

YATES. A: Terapia del Comportamiento. México: Ed. Trillas, 1973.

YATES.A: La definición de Terapia del Comportamiento. En: Editor Ardila. R. Terapia del Comportamiento. Bilbao: Ed. Desclée de Brouwer, 1980.

YULIS.S: Terapia del Comportamiento; En Editor Ardila. R. Terapiadel Comportamiento. Bilbao: Ed. Desclée de Brouwer. 1980.



LA TERAPIA GUESTALTICA

¿Una psicología objetiva pero deshumanizada o una psicología humanizada pero subjetiva?

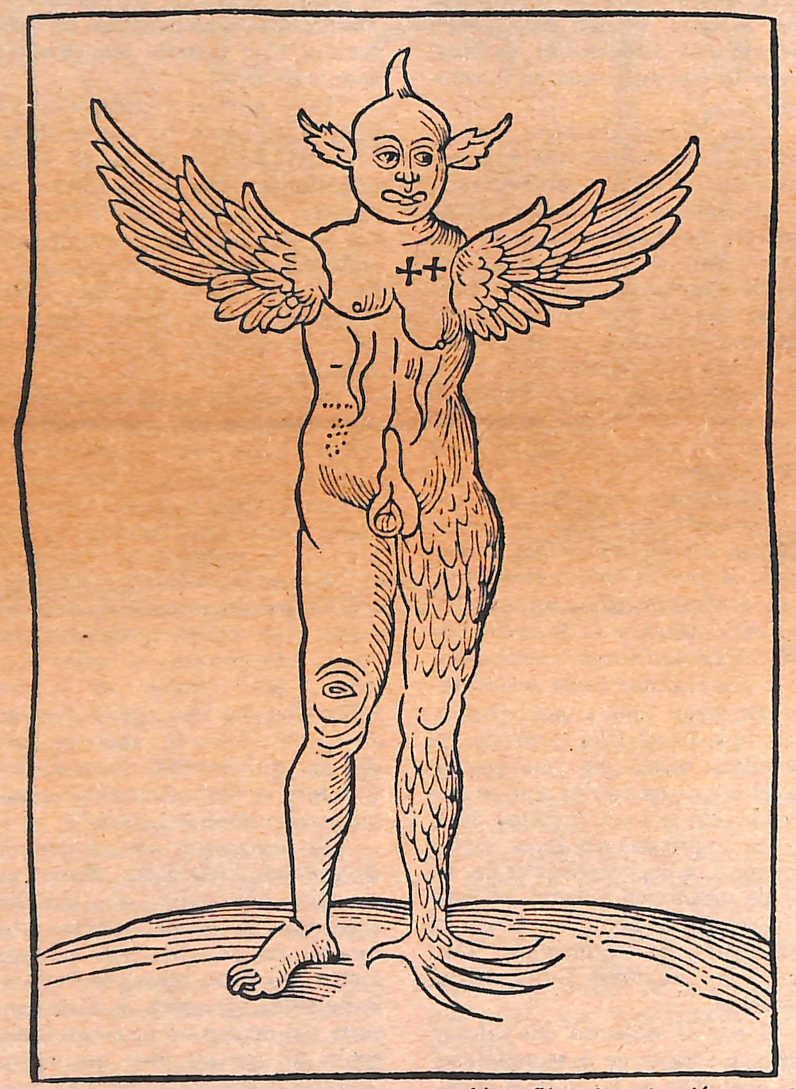
Ramiro Gómez Salas

Si tratando de comprender a la Psicoterapia, echamos una mirada a sus múltiples propuestas (Patterson, Ancelin, Schutzenberger), probablemente lleguemos a una conclusión semejante a la de Price (3) con relación al desarrollo de "perspectivas" teóricas en conducta anormal, "...las aserciones de los científicos no muestran la imparcialidad ni el carácter provisional que cabría esperar. A mi juicio ello se debe a que la adhesión a determinada concepción de la conducta anormal supone e incluso exige cierta actitud ante la cuestión de lo que constituye la naturaleza del hombre".

Se hace imposible no tener en cuenta esta reflexión al inicio de un trabajo que, como el presente, intenta informar sobre una propuesta terapéutica específica —la gestáltica— la cual no pretende constituirse en la Psicoterapia, sino que, descubriendo sus problemas *ad-ínterin*, trata de desarrollarse hacia un nivel de mayor y mejor coherencia científica entre sus postulados teóricos, sus técnicas y los hechos reales. La articulación de esta búsqueda de coherencia se inscribe en el viejo dilema de una psicología objetiva pero deshumanizada o una psicología humanizada pero subjetiva.

Entendemos que es la psicoterapia gestáltica la que mejor articula dichos aspectos. El trabajo de Kepner y Brien (4) "La terapia gestáltica: una fenomenología conductista" que tanto animó a Perls (5), muestra cómo es que el trabajo gestáltico, no interpretativo, frente a las conductas, permite hacer "visibles" lo que la perspectiva conductista llama las "cover-operantes" (*) a través, fundamentalmente, del trabajo sobre el cuerpo: el cuerpo como punto de confrontación entre el individuo y el medio. Así, tenemos que las operantes encubiertas se "conductualizan" aperturándose a la experiencia en la relación terapéutica, tanto en sus formas individual como grupal. Esta última es una modalidad grupal centrada en el individuo.

Kepner y Brien entienden que el "único acceso a la experiencia tiene lugar a través de alguna forma de conducta verbal o no verbal. El terapeuta gestaltista toma como datos de conducta todo lo que sucede en el individuo, lo que siente o hace, recuerda y percibe con sus sentidos", y agregan más adelante "en terapia gestáltica, tratamos la fenomenología de la persona, sus sensaciones, sus percepciones, pensamientos, visualizaciones, etc., como una serie de conducta. En términos de Skinner éstas podrían denominarse respuestas mediadoras internas; en términos de Homme, encuberantes". Se apoyan en Osgood que propone el modelo E-r-e-R, donde r-e es un proceso no visible y que puede promover internamente la respuesta. La importancia práctica de esto queda demostrada cuando Kepner y Brien, refiriéndose a un muy utilizado ejercicio gestáltico, dicen: "esta focalización en la conducta motriz puede poner de relieve, verbigracia, de qué manera evita el individuo tomar conciencia de su ira y expresarla abiertamente. En términos de aprendizaje, se identifica el encuberante, la ira, y se advierte su pertenencia al sí-mismo".



Una forma muy gráfica de una intervención de tipo gestáltico que deja ver claramente lo arriba mencionado, es la de Zinker con una mujer tímida de 35 años. En ella se plantean conductas a ejecutar en búsqueda de la identificación del encuberante y su posterior pertenencia al sí-mismo, la incorporación de lo descubierto, un darse-cuenta.

La terapia gestáltica se nutre del psicoanálisis, de la psicología de la gestalt (Escuela de la Forma), del existencialismo, la fenomenología y del pensamiento oriental.

El libro de Perls (6) "Yo, hambre y agresión" (1947) constituye "el paso del psicoanálisis ortodoxo a la visión gestaltista", es decir, el paso hacia una visión propia de la terapéutica que sin embargo no rechaza los descubrimientos psicoanalíticos, aunque sí su filosofía y su técnica. La concepción del organismo como-un-todo, su enfoque holístico, no permite poner un particular énfasis en el material profundamente reprimido; exige, en cambio, fijar la atención en lo obvio. Perls llegó a decir que neurótica es aquella persona que no ve lo obvio. Frente a la libre asociación freudiana, la gestalt propone el continuun experiencial; frente a la libido, Perls plantea la excitación básica.

Siendo la gestalt un enfoque que se desarrolla en el aquí-ahora, no existe la posibilidad de la transferencia. Contrariamente a un analista que trabaja con este fenómeno, en la terapia gestáltica se está más próximo al planteamiento de Rank con relación al rechazo parcial del terapeuta de los intentos del paciente de apoyarse en él, para que, utilizando la "voluntad contraria", se pueda poner en marcha la "voluntad constructiva". En la gestalt, el terapeuta tiene que ser un hábil frustrador de todos los intentos del paciente de depender, responsabilizar a otros o negarse a la experiencia. Perls (7) refiere al respecto: "Sin frustración no hay necesidad, no hay razón para movilizar nuestros recursos y descubrir que tal vez somos capaces de hacer algo por nosotros mismos. Para no frustrarse, lo que es una experiencia bastante dolorosa, el niño aprende a manipular el ambiente".

Aquí otro aspecto importante: el psicoanálisis interpreta la resistencia; en gestalt, eliminando toda utilización del "por qué", se trabaja el "cómo" este comportamiento evita la experiencia, entorpece el desarrollo o cómo se produce un aislamiento que no es entendido como una regresión sino como el mantenimiento de un statu-quo.

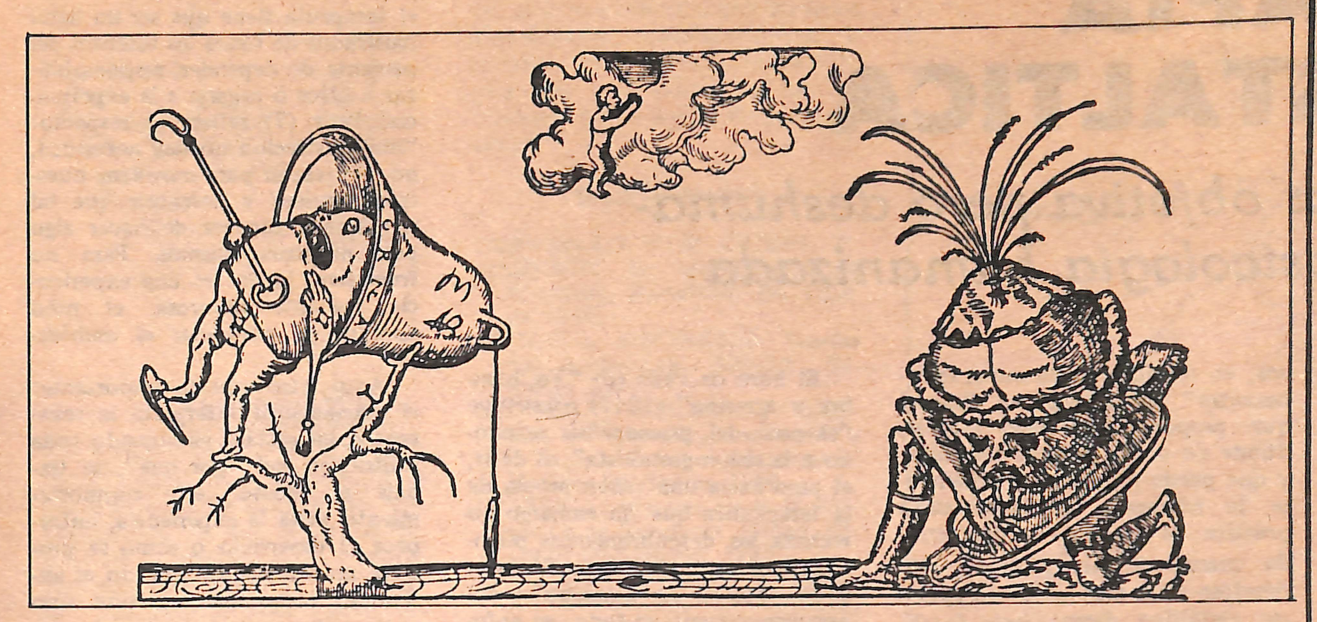
La teoría de la gestalt o Escuela de la Forma, a través de las investigaciones de Wertheimer, Kohler, Koffka, y más tarde con Lewin, hablaba de la adaptación del organismo con relación a un campo dado, de la urgencia de un distingo de las percepciones entre figura-fondo y de las relaciones entre las partes y el todo. El enfoque gestáltico en terapia, utiliza estos conceptos aplicándolos no solamente a la percepción, sino también a las experiencias del individuo y a la organización de la realidad en figura-fondo de acuerdo a sus necesidades. Tenemos que ser capaces de hacer de nuestra necesidad la figura de nuestra experiencia, es decir, formar una gestalt y poder satisfacerla.

El aprendizaje, las presiones sociales de sujetarse a un modelo de ser que hacen que las personas se comporten "como si" (H. Deutsch), determinan el no reconocimiento de las necesidades, el no tener una figura de ellas, y por ende la pérdida de la capacidad de autorregulación organísmica. Al respecto T. Roszak (8), que inscribe a la terapia gestáltica en el movimiento contracultural norteamericano, dice al comentar a Goodman: "El síntoma de esta pérdida de fe en los procesos autorreguladores es la construcción de un yo alienado que se retira progresiva y temerosamente del "mundo exterior" y disminuye de dimensiones hasta que, por fin, se reduce a una especie de homúnculo sitiado dentro del cráneo, manipulando el cuerpo como si este fuese un pesado aparato, segregando constantemente tácticas de defensa y ataque".

Por esto la gestalt plantea el continuun experiencial como forma de terapia, un libre fluir de las vivencias, emociones, en búsqueda de la restitución de la capacidad autorreguladora.

El no terminar una experiencia, el evitarla o el disfrazarla, produce una situación inconclusa, una gestalt incompleta, que exigirá su satisfacción por un sistema de tensión como el del llamado principio de Zeigarnik de la dependencia entre la productividad del recuerdo y su relación con la dinámica de las necesidades.

Polster y Polster (9) informan "in extenso" sobre lo que llaman



las transacciones de la resistencia, es decir, sobre los modos mediante los cuales los individuos se defienden de la experiencia, produciéndose en ellos "ira, confusión, fastidio, resentimiento, impotencia, decepción". Estas transacciones son la introyección, proyección, retroflexión, deflexión y la confluencia. Frente a estas transacciones de la resistencia se abren las fronteras del contacto: el mirar, gustar, escuchar, tocar, conversar, moverse, oler. Estas nos ponen en relación con el mundo y con las personas, nos permiten tener una experiencia sana, satisfacer necesidades, abrirnos al encuentro y a la creatividad.

Estos dos últimos conceptos, el encuentro y la creatividad, son de influencia fenomenológico-existencial. Si bien no encontramos la influencia neta de una orientación existencial o fenomenológica, los conceptos de responsabilidad y de encuentro entre personas diferenciadas (encuentro del tipo YO—TU, como el planteado por M. Buber), inscriben definitivamente a la gestalt dentro de la corriente fenomenológico-existencial.

Perls plantea que "la terapia gestáltica tiene su propia formación, porque la formación gestáltica —la aparición de necesidades— es un fenómeno biológico primario. Estamos dejando a un lado la teoría de los instintos y considerando el organismo simplemente como un sistema en equilibrio y que debe funcionar adecuadamente".

En la terapia gestáltica se habla "desde" el problema; éste se vive, se dramatiza. Las técnicas permiten el acceso al fondo para hacer de las situaciones inconclusas una figura, conductualizarlas, darse-cuenta de ellas, restaurar el proceso organísmico de autorregulación.

El enfoque aquí-ahora y el objetivo terapéutico del darse-cuenta, el libre fluir de la experiencia, el distingo entre lo que yo soy, lo que no soy y lo que permito ingresar a mi conciencia, nos remiten, sin duda, al pensamiento oriental.

Lastimosamente, el pensamiento oriental se ha difundido en nuestro medio a través de una visión ultramundana y metafísica, esotérica y hasta mágica, que produce un rechazo y hasta una defensa prejuiciada frente a él. Es considerado casi como un sinónimo de no ciencia y hasta de anticiencia, cuando el pensamiento oriental, como el occidental, es susceptible de ser llevado al plano de la reflexión científica; sobre el punto recordamos con Japiassu y Martínez, que el concepto de ciencia está en crisis, o por lo menos lo está en Psicología.

Allan Watts distingue en el pensamiento oriental, "el Hinduísmo, como el Islam y el Judaísmo, es, en realidad, una cultura total, cosa que no puede decirse del Budismo. Este último, al igual que ciertos aspectos del Hinduísmo, como el Vedanta y el Yoga, y que el Taoísmo en China, *no es una cultura sino una crítica de la cultura, una persistente revolución sin violencia, una "leal oposición"* contra la cultura en cuyo seno se desenvuelve".

Entendemos con Naranjo, que los procedimientos de la gestalt apuntan a llevar la actividad expontánea al campo del darse-cuenta, al de la identificación con la actividad expontánea y al de la integración de las funciones o actividades de la personalidad hacia un encuentro destinado todo a una recuperación de la salud. Esta se pierde, entre otras cosas, por una presión moral cuyos principios que se desprenden de la natural forma de vivir, al expresarse en leyes rígidas e ingresar a un complicadísimo nivel de organización social, se vuelven contra el hombre, contra su naturaleza, transformándose finalmente en una nueva forma de dominación.

Es ésta la violencia que sufre la persona a través de la represión social contenida en las normas éticas, jurídicas, estéticas y lingüísticas, lo que permite a los individuos tener una autoimagen, una conciencia de sí mismos, distorsionada, bloqueada, temerosa de sus propias posibilidades, e inscrita en el vasto campo de las expresiones neuróticas y psicóticas.

Frente a tal forma de concebir la vida del hombre, la propuesta terapéutica del libre fluir de la experiencia, de la vuelta a las necesidades, del llegar al cero creativo (que Perls toma de la teoría de los opuestos de S. Friedlaender) y la focalización en el aquí-ahora como una dimensión terapéutica fundamental, nos llevan al Zen, al Taoísmo. Mas hay diferencias. Ya Perls afirmaba: "la idea Zen de un darse-cuenta absoluto, en mi opinión, no tiene sentido. El darse-cuenta absoluto no puede existir, al menos como yo lo entiendo, el "awareness" siempre tiene un contenido. Uno siempre está dándose cuenta de algo".

"Para que el Occidente comprenda y emplee las formas de liberación del Oriente, es de suma importancia que se conserve su agudeza científica: de lo contrario, el pantano del romanticismo esotérico aguarda a los incautos". Esta cita de Wattas, se aplica claramente a la forma gestálica de aproximación al pensamiento oriental.

Las técnicas gestálticas de Perls, nos permiten una aproximación a otras orientaciones terapéuticas contemporáneas. Las técnicas de Milton Erikson, que nos comunica Haley sobre lo paradojal y sobre el enfrentamiento inmediato de las personas con sus conflictos, son en gestalt, recursos de primera mano. La misma propuesta de Haley está próxima al modo gestálido, por ejemplo, en la no utilización del "por qué": "en vez de inquirir sobre el problema, preguntar ¿qué cambios desea lograr? Con esto se fija la situación de terapia en un marco de cambio".

Las propuestas de terapia de Watzlawick, Weakland, Fisch, en su obra "Cambio", son también próximas al modo festálico. La teoría general de los sistemas sustentada entre otros por Berrien, Bertalanffy, Buckley y Coleman, parte del organismo como un todo, como un sistema vivo que posee tendencias para mantener una integridad organizacional y funcional, conceptos que no pueden obviarse en la terapia gestáltica.

Hemos querido exponer en el presente artículo, algunos fundamentos y relaciones de la propuesta gestáltica. No queremos terminar sin recordar que la terapia gestáltica exige, por su propia naturaleza, no ser leída, sino, fundamentalmente, ser vivida.

(*) Entendemos por "perspectiva conductista" al análisis conductual aplicado, la modificación de conducta y la terapia del comportamiento.

José Aguayo U.

" . . . Si todo en una ciencia puede ser interpretado sin asumir ésta o aquella entidad hipotética, entonces no hay razón para asumirla".

Russell, B.

Lo que hace tres décadas aproximadamente, comenzara como una propuesta definida como audaz en el quehacer psicoterapéutico, en la actualidad, la terapia familiar (que es de quien hacemos referencia) se ofrece como un paradigma de progresivo desarrollo y creciente difusión.

Los aportes fundamentales de la teoría general de los sistemas, la cibernética, la teoría de la comunicación, la etología y la antropología, constituyen los pilares de este enfoque que se forja a partir de los trabajos de G. Bateson y D. Jackson, con la aplicación y el desarrollo de la epistemología cibernética en psicología, psiquiatría y psicoterapia. A partir de la organización del Instituto de Investigaciones Mentales (1959) (organizado como división perteneciente a la Fundación de Investigaciones Médicas de Palo Alto, *California*) se congregan en torno a *Bateson y Jackson, Paul Watzlawick Jay Haley, Virginia Satir, Jules Ris*kin, John Weakland, entre otros. Sus esfuerzos se dirigen al estudio de la comunicación, la interacción en las relaciones familiares, las reglas familiares, el "quid pro quo" marital, etc. Este grupo constituye el equipo pionero del estudio de familias y que va a estructurar el llamado modelo relacional sistémico.

Es posible que la conjunción de disciplinas y la diversidad de entrenamientos (antropólogos, psicólogos, psiquiatras, asistentes sociales, lingüistas e inclusive un ingeniero químico), sea lo que permitió a dicho equipo un mayor cuidado frente a observaciones inesperadas, como para que éstas no sean ignoradas Resulta ilustrativa la referencia que hace Jackson a tal encuentro interdisciplinario, del que se sintetizaría una visión innovadora del ser humano, ". . . Desde aquel momento devine más cercanamente relacionado a las ciencias sociales que a la psiquiatría médica. Nunca me he arrepentido por tal decisión" (1)

Paradigma y recurso metodológico

Surge un modelo explicativo y de intervención, focalizado en el contexto relacional de la conducta humana. Tal énfasis se ha constituído en una nueva opción metodológica en el abordaje clínico para encarar problemática tan diversa como es la impotencia sexual, el maltrato infantil, la delincuencia juvenil, el alcoholismo o la anorexia mental. Con ello se evidencia que el involucramiento de los otros íntimos (contexto relacional) con respecto al portador del síntoma o paciente identificado, coadyuvan a la

DE HEREJIA A PARADIGMA

APUNTES EN TORNO A UN CAMBIO EPISTEMOLOGICO

"... el individuo es estudiado en relación a realidades organizadas como sistemas, en los que se generan procesos transaccionales..."



comprensión y el tratamiento del *síntoma* (no importa su naturaleza y características).

Resulta que se amplían los supuestos explicativos, rescatándose el valor que tienen en el ser humano las interacciones, su organización y la ecología implicada (Haley, 1980). Así deja de ser una postura meramente teórica o de retórica la inclusión del contexto en la indagación psicológica, en la medida en que actitudes, frases, estados de ánimo, asumen una significación referida a una situación específica. No considerarlo así puede promover la atribución de significados tanto más diversos e incomprensibles, cuanto más rígida y convencional sea la perspectiva del observador. Cierto es sin embargo que existen ciertas convenciones culturales que organizan nuestra percepción, de una manera determinada (Watzlawick 1967). (2)

Por tanto, cuando entendemos por fin al síntoma como parte de un circuito cibernético, podemos identificar una secuencia circular de eventos que poseen una estructura de retroalimentación que incluye al síntoma (Keeney, B., citado por P. Penn, 1982). Luego la conducta de cada parte resulta determinada por la conducta de las otras, también como por la propia conducta previa.

A manera de ejemplificación, citemos el caso de Pedro P. de 28 años, quien se quejaba de agudas cefaleas, transtornos auditivos, así como escozores generalizados que lo inutilizaban tanto en su desempeño laboral, como en su vida familiar. Cuando entrevistamos conjuntamente por primera vez a los esposos, resultamos privilegiados con alguna información hasta entonces no valorada. La esposa se permitía acercarse y acompañar afectivamente a su esposo, dejando de lado el dolor y el resentimiento que le producía una anterior relación extra-marital tenida por el ahora sufriente esposo. Ello ubicaba a éste último en la situación paradojal de sometimiento, lo cual propiciaba simultáneamente conductas evitativas. Es así como se genera en la esposa conductas ansiosas y depresivas que condicionaron: a) Progresivo involucramiento del hijo mayor (9 años) de la pareja, en acciones de apaciguamiento hacia el padre (cuando se mostraba sintomático) y hacia la madre (toda vez que ella denotaba conductas depresivas).

b) Búsqueda individual de ayuda especializada, en la esposa, por crisis de angustia y depresión.

Así, la entrevista conjunta nos dió una lectura distinta de un síntoma hasta entonces visto como siendo el efecto de una supuesta organización deficitaria en la psiquis (¿o el organismo?) del individuo. Similar lógica se pudiera haber seguido en relación con sintomatología de la esposa. Las relaciones íntimas ahora observadas, establecían el marco explicativo de una realidad más amplia que la estrictamente individual.

El conocimiento del cómo están organizadas las secuencias de relaciones interpersonales, el efecto que éstas producen, antes que la identificación de las motivaciones individuales (ya que ellas no agregan información acerca de la organización relacional), son el objeto de la intervención. De lo anterior, podemos deducir que la valoración de las transacciones entre los individuos, hace referencia a un nuevo modo de conceptualizar los problemas en el comportamiento humano, de comprender el desarrollo de los síntomas así como su probable eliminación. La terapia familiar no es pues un nuevo método de tratamiento, sino que representa un cambio epistemológico en las ciencias de la conducta humana. El individuo es estudiado en relación a realidades organizadas como sistemas, en los que se generan procesos transaccionales que provocan efectos que se autoperpetúan en función de reglas, que dan un sentido a la relación así estructurada.

De lo que se trata entonces, según Bateson, G. (3) es el generar información, recurriendo al relieve de las diferencias que existen entre sujetos y a los cambios que ocurren en ellos o en nuestra relación con ellos. De esta forma se va elaborando un mapa, que no es el territorio mismo sino su representación; por su intermedio se grafica la complejidad de conductas recíprocamente comprometidas. Se define entonces al síntoma como un fenómeno coherente, con características interaccionales específicas, del grupo natural en el que éste se verifica. (Selvini Palazzoli y Colabs. 1982).

Quisiera terminar éste artículo consignando extractos reveladores de una sesión familiar. Se trata de una familia actualmente constituída por la madre de 50 años (viuda) y dos hijas: Martha, 28 años (abandonada por su esposo, con dos hijos, al momento de la entrevista internos en orfelinato), Sara, 24 años (soltera) es la paciente identificada, presentando comportamiento psicótico.

Madre: ¡Te he dicho miles de veces que debes de aprender a hacer tus cosas sola.

Sara: (alzando la voz) ¿Y por qué cuando yo lo intento, tú me dices que me voy a equivocar o lo voy a hacer mal?

Madre: Es que me parece que no lo vas a saber hacer, Yo soy tú madre, no?. . .

Madre: Me parece que es peligroso que salgas con chicos. . . pueden llevarte por allí, matarte, violarte y cortarte en pedacitos (se ríe nerviosamente).

Martha: (interrumpiendo) ¿Cómo estarán mis hijos? (continúa hablando en tono muy bajo e inaudible).

Sara: Sabe Dr. mi hermana peleó con su esposo, por culpa nuestra. Una vez recuerdo que hasta le pegué. . .

Madre: No, lo que pasa es que era grosero, se reía de todos nosotros. Hacía lo que le daba la gana.

Sara: Mami, creo que mucho nos metimos con ellos. . .

El diálogo avanza y los comportamientos adquieren progresivamente un sentido. Las relaciones tienen una organización que paulatinamente va siendo reconocida por el psicoterapeúta. ¡Atención! Estamos adentrándonos al conocimiento de las relaciones cotidianas de un grupo de personas que comparten espectativas de convivencia, fuera de la hora de sesión terapéutica: es la Familia.

(1) Gurman, A. and Kniskern, A. **Hamdbook of family therapy.** New York Bruner/Mazel, 1981.

(2) Andolfi, M. **La terapia con la familia.** Buenos Aires: Paidos, 1984.

(3) Selvini - Palazzoni M. **Paradoja y Contraparadoja.** Buenos Aires; A.C.E. 1982.



VALDIZAN: ¿LOCURA

María Gladys Busse

María Teresa Jiménez

Rosario Portugal

Juan Carlos Tafur

A un lado de la carretera Central, se encuentra el hospital Hermilio Valdizán. Un muro verde, sucio y desgastado, lo delimita ignorante de la realidad que esconde y que paradojicamente evidencia.

Trasponemos el muro y sin embargo seguimos fuera. Para "encontrar" a los locos es necesario aún cruzar la reja... y ponernos el mandil blanco, que en el fondo no es si no una

Las instituciones no funcionan aisladas del entorno social. No sólo muestran lazos comunicativos complejos con él, sino que la propia estructura institucional se organiza a partir del afuera. El hospital Hermilio Valdizán no constituye, pues, una excepción a esta regla. Cabe en consecuencia emprender inicialmente una reflexión sobre el rol que cumplen este tipo de instituciones en la sociedad y preguntarnos si acaso ahí bajo el noble ideal de "curar" —ideal que aparentemente definiría esta institución— no subyace en realidad la pretensión de librar a la sociedad de aquello que la cuestiona.

Dentro del funcionamiento social parece ser necesaria la presencia de espacios reservados para la exclusión, lugares "alejados" en los cuales depositar aquello que provoca nuestra intranquilidad. En el presente, la locura ocupa plenamente ese espacio. Michael Foucault señala cómo, a fines de la Edad Media, la lepra va abandonando un lugar de exclusión ritual (por el exterminio de la propia exclusión, no por los afanes médicos), siendo ese espacio ocupado, casi sin intermedio y hasta nuestros días, por la locura. "Desaparecida la lepra, olvidado el leproso, o casi, estas estructuras permanecerán. A menudo en los mismos lugares, los juegos de exclusión se repetirán, en forma extrañamente parecida, dos o tres siglos más tarde. Los pobres, los vagabundos, los muchachos de correccional, y las 'cabezas alienadas' tomarán nuevamente el papel abandonado por el ladrón, y veremos qué salvación se espera de esta exclusión, tanto para aquellos que la sufren como para quienes los excluyen. Con un sentido completamente nuevo, y en una cultura muy distinta, las formas subsistirán, esencialmente esta forma considerable de separación rigurosa, que es exclusión social, pero reintegración espiritual".(1)

No se habla de exterminio sino de exclusión. El espacio se preserva, necesita ser preservado. De alguna manera las so-

RESEÑA HISTORICA

El Hospital Psiquiátrico Hermilio Valdizán fue construído en 1944 por la Beneficencia Pública de Lima con el fin de albergar a los pacientes crónicos del Hospital Víctor Larco Herrera y descongestionar así dicho centro.

La construcción se realizó en la zona Este de la Hacienda "Asesor", en el kilómetro 6.5 de la Carretera Central en el distrito de Ate (Vitarte), propiedad de la Beneficencia. Su entrada en funcionamiento se postergó hasta el 9 de setiembre de 1961 cuando, pasando a manos del Ministerio de Salud, fue acondicionado de manera que cumpliera con los requisitos de un hospital psiquiátrico moderno.

Una de las características de este hospital es el ser de "puertas abiertas" lo que permite a los pacientes pasearse libremente por los jardines y pasillos; y una segunda es trabajar a modo de Comunidad Terapéutica lo que, en las palabras de un ex-director, permite que "la comunicación entre pacientes y personal sea estrecha compartiendo actividades deportivas y culturales".

El Valdizán trabaja las veinticuatro horas del día ofreciendo 415 camas distribuídas en 5 pabellones; uno de los cuales es aún de puertas cerradas y está destinado a los pacientes crónicos. El personal con el que se cuenta es de 253 entre médicos y paramédicos.

El tratamiento es fundamentalmente a base de medicamentos y en los casos donde los síntomas ya han sido remitidos se tiene la posibilidad de participar en la Terapia Ocupacional la cual consta de 3 áreas: manualidades, actividades físicas y psicomotrices y apoyo ocupacional. También se brinda la oportunidad de integrar la Comunidad Terapéutica la que consiste en reuniones semanales de 60 minutos y donde se busca mejorar el funcionamiento social y personal de los miembros. La Terapia Conductual es utilizada por psicólogos y psiquiatras en casos de conductas inadaptativas.

Aparte del área hospitalaria el Valdizán cuenta con un servicio de Consulta externa donde se atienden niños de 0 a 15 años con transtornos emocionales y dificultad de aprendizaje, familias y parejas, así como farmacodependientes los cuales cuentan además, con 25 camas para internamiento.

El Hospital se encuentra actualmente, a cargo del Director número uno, Augusto Porras Rosales y el Director número dos, a raíz de la reciente muerte del doctor Rotondo, Andres Cáceres Bedoya.

UN DIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS

— Entre las 6 y las 7 de la mañana es hora de levantarse.
— Higiene personal.
— A las 7:30 se reparte la medicación.
— Actividad Deportiva con la participación de todos los que se encuentren en condiciones.
— Posteriormente se reparte el desayuno.
— Entre las 9 y 11 am. hay consulta con el médico o se participa en laborterapia.
— Al mediodía se reparte el almuerzo.
— A la 1:30 se distribuye la segunda dosis de medicamentos.
— Por la tarde se descansa, o se participa en Laborterapia o en reuniones llamadas de "Remotivación" que se encuentran a cargo de enfermería y donde por lo general, se tocan temas culturales.
— También existe la posibilidad de recibir visitas entre las 2 y las 4 de la tarde.
— A las 7:30 se reparte nuevamente la medicación.
— La hora de acostarse es a las nueve de la noche.

ciedades esperan con él garantizar su propio equilibrio, alcanzando así el estado de "reintegración espiritual". En este sentido, lo realmente necesario es la presencia del espacio de exclusión en sí; sin embargo, sostener que los ocupantes de ese espacio lo son por una cuestión de azar, revelaría una ingenua percepción del fenómeno. Es la radical disidencia del loco, que no desea ser contenida por el entorno social —como en realidad no desea ser contenida disidencia alguna—, lo que permite asignar a la locura la posibilidad de ser objeto de la exclusión.

Los manicomios, bajo esta perspectiva, antes que haberse originado por fines terapéuticos, debieron su origen a la búsqueda de un depósito, de un lugar donde se garantizara la eficacia de la exclusión. Tras sus muros concluye el proceso iniciado afuera. Tras sus muros, más propiamente, dicho proceso alcanza niveles insospechados, contando para ello con la "garantía científica" que en nuestro siglo posee el saber médico. El loco queda, así, doblemente excluido: del medio que lo expulsó y del que ahora lo acoge.

En el presente, tales mecanismos de exclusión adquieren, además, una espantosa rigidez cuando se engarzan con *la acción del Estado, siendo movilizables desde entonces solamente al momento de separar, de excluir. El Estado* desempeña, aparte de las diferencias que puedan existir entre los diversos modos de organización estatal, un rol fijador de las relaciones sociales. Si la sociedad no admite fácilmente las diferencias o el cambio, el Estado es, por esencia, contrario a tales avatares. El razones, los arbitrariamente llamados "anormales" o "enfermos mentales". La alianza —legal inclusive— entre el psiquiatra, el juez y el policía aniquila cualquier posibilidad de buen acercamiento a la locura, aun cuando sea sólo el síntoma de un problema mayor.

Para comprender mejor el proceso cuestionado, es menester referirse, así mismo, a un estado de alienación que lo fundamenta. La exclusión es solamente un rito de expiación social donde los presuntos culpables son inocentes y donde el rito mismo no cumple sus objetivos. Con el encierro de los locos, la locura no deja de actuar en cada uno de quienes fomentaron la expulsión. Es, en suma, uno de tantos círculos viciosos a los que conduce un generalizado estado de alienación. Bajo rótulos y definiciones gaseosas se violenta la realidad hasta convertirla en instrumento idóneo para fines poco sensatos. La presencia de la locura no solamente es inevitable, sino que ella no justifica los temores de que la marcha social sea socavada. No obstante la exclusión se da, y ha encontrado una justificación a nivel ideológico en una particular conceptualización de lo que es la normalidad.

Es parte de nuestro actuar cotidiano calificar tanto conductas como personas de normales o anormales, y los *criterios que utilizamos en esta diferenciación* encuentran sus bases en nuestra experiencia social. Desde las primeras exigencias referidas a los hábitos infantiles (*), hasta las exigencias adultas morales, sexuales, ideológicas, religiosas, etc., de las que el sujeto mismo es ya cómplice.

DE QUIEN?

forma de no llegar nunca a entrar realmente. No somos uno más tras la reja: somos psicólogos, enfermeros o psiquiatras. Ellos son los locos, los psicóticos, los esquizofrénicos, nosotros los sanos.

Los tocamos, los vemos, les hablamos, y hasta nos permitimos encariñarnos con ellos. Pero siempre desde lejos, desde nuestro refugio de saber y entenderlo todo.

aparato burocrático-administrativo dispuesto para el manejo de la locura es, en realidad, una feliz prolongación de los intentos de exclusión.

No es lo más importante aquí si el Estado le brinda escasos recursos del presupuesto de la República al sector Salud (3.8 o/o), y dentro de él al rubro de la salud mental. Ello no es causa de lo que comentamos sino, más bien, su consecuencia, y no explica las deficiencias que en este reportaje queremos denunciar. Sin embargo, el rol estatal no es poco importante. Bajo sus mandatos ciertamente no se crea la exclusión, pero sí se vicia considerablemente el circuito de expulsión que padecen, por otras

La norma está así socialmente impuesta. Aquel que se desempeñe dentro de los roles esperados por y para él, podrá considerarse integrado, adaptado; aquel que pretenda salirse de éstos será descalificado bajo el apelativo de anormal o tal vez, en términos más fáciles de decir, inadaptado. Thomas Szasz grafica con agudeza este desenlace: "si uno va a la Iglesia y habla con Dios, a eso se le llama rezar. Si sale uno de la Iglesia y le dice al policía de la esquina que Dios ha hablado con uno, eso es esquizofrenia" (2)

Cualquier transgresión social no es comprendida en su dimensión histórica sino como un simple dato, desatendiéndose de esta manera el proceso de sujetación entre individuo y sociedad, dentro del cual, la locura se entendería como una respuesta normal al medio ambiente hostil. El desconocimiento de esta sujetación nos lleva a atender sólo lo manifiesto, participando, así, de un espejismo estadístico que, coludido con la necesidad de exclusión que señaláramos, sustenta la existencia de los hospitales psiquiátricos: ellos son el muro protector que nos separa de la locura y nos permite jugar al ocultamiento de los hallazgos que hacemos en nosotros mismos.

EL SILENCIO DE LA LOCURA

Ahora bien, ¿qué ocurre dentro de los muros del Valdizán? Allí la necesidad de exclusión no debería ser justificable, sin embargo es precisamente allí donde, bajo una apariencia terapéutica, la situación es peor.

Basta trasponer la reja de entrada para darse cuenta de algo sumamente extraño: reina en los patios y pasadizos de este viejo hospital, por un lado, la tranquilidad de los pacientes, y por otro, el ajetreo de médicos, psiquiatras y enfermeras.

Los primeros, vestidos la mayoría con viejos uniformes desechados por la cercana fábrica "Volvo", y los segundos con el exigido mandil blanco (cuya razón de ser no es obviamente de higiene). Unos transitan cabizbajos, pidiendo cigarrillos, conversando entre sí, sonriendo con muecas forzadas, preguntando cosas "sin sentido"; los otros, los encargados de "curar", pasan rápidamente.

¿Es esta impresión carente de importancia para un reportaje institucional como el que nos proponemos? Creemos que, por el contrario, lo percibido refleja cuál es el manejo psiquiátrico de los llamados "enfermos mentales".

Maud Mannoni considera que los manicomios sólo sirven para mantener la locura en estado de reposo; los antipsiquiatras radicales comparan los manicomios con las cárceles. Lo que sin lugar a dudas es cierto, es que en el Valdizán la locura no habla libremente, no grita como ella sabe y, además de ello, no es escuchada, evita ser escuchada y atendida en toda su profunda verdad.

El tratamiento mismo que se imparte aquí a los pacientes hospitalizados (385 en la actualidad), está dirigido a acallar la locura. El ingreso de algún paciente se decide por medio de una Junta de Admisión, conformada por dos o tres psiquiatras, donde el criterio fundamental es ver si la familia puede o no controlar la situación y si el paciente es un "peligro para sí mismo y para las personas que lo rodean".

De ser admitidos, los pacientes son ubicados en Unidades de Cuidados Iniciales existentes en cada uno de los cinco pabellones. Allí debe transcurrir una semana en la cual el tratamiento tiene por objeto tranquilizar al paciente vía el uso de sedantes y antipsicóticos (según el caso). Se utiliza, además, el sistema de amarras —llamado por los psiquiatras del hospital "fijación condicional"— y, por si esto no fuera suficiente, una estricta vigilancia personal.

Luego de esta primera etapa, el paciente ingresa a la Unidad de Cuidados Intermedios, donde expresamente se busca el "apaciguamiento de los síntomas", mediante psicofármacos, terapias de corte ocupacional y trabajo en "comunidad terapéutica", consistente en reuniones semanales de 60 minutos entre pacientes y personal. Luego de una o dos semanas (dependiendo del grado de "deterioro"), el paciente, ya manejable, pasa a la Unidad de Cuidados Generales, la que lo albergará hasta el final de su tratamiento. Posteriormente al ingreso y al "proceso terapéutico" detallado, el paciente será asignado a un médico quien, finalmente, decidirá su alta.

Se ha creado, así, todo un proceso, sin lugar a dudas burocrático, para "manejar" la locura. Vía los psicofármacos, el electroshock y el uso rotulante de los diagnósticos, los pacientes van perdiendo poco a poco su propia identidad, encasillándose en los cánones que la institución les permite.

La administración masiva de psicofármacos busca suprimir la excitación y atenuar las manifestaciones psicopatológicas (por lo demás, una manera —si bien más sofisticada— de llevar a cabo la misma función de contención que cumple la camisa de fuerza), lo cual, sin duda, es al personal asistencial a quien fundamentalmente alivia. Al paciente, literalmente se le embrutece, inhibiéndose la única manera en que podría hacernos llegar su verdad, la única vía a través de la cual podríamos acceder a entenderlo. La medicación, además, confiere un aspecto particular a los pacientes que transitan por el hospital. El precio que han pagado en aras de presentar una conducta más "socializada" ha sido alto: su actividad motora se encuentra afectada en la mayoría de los casos, presentan, entre otras cosas, temblor en los labios, manos y piernas, mirada carente de expresión, dificultad para hablar, etc., y, en general, una actitud pasiva, indiferente, como arrastrados por una inercia colectiva que no puede resultar en modo alguno terapéutica.

El uso de electroshocks se ubica en la misma línea. A más de las consecuencias a nivel cerebral (donde quizá lo que más comúnmente observamos son las perturbaciones de memo-

ria), este tipo de tratamiento deja una profunda huella psicológica en los pacientes. Una mujer de 39 años, paciente del hospital, diagnosticada como psicótica maniaco-depresiva, relataba al respecto: "yo tengo mucho miedo. Me angustio cuando escucho cómo hace ruido la máquina de electricidad. Además, como van de cuarto en cuarto, a veces los de los otros cuartos gritan y me da más miedo. Aquí también, vienen y nos ponen a todas, una por una, y todas vemos, hasta que ya nos toca".

De otro lado, y más allá de los cuestionamientos al tratamiento como tal, son denunciables las condiciones en que éste es llevado a cabo en el hospital. A lo traumatizante que resultan esas experiencias de aplicación colectiva, se suma el que son realizadas sin la presencia de un cardiólogo, y con las máquinas generalmente en mal estado, de manera que en ocasiones, la descarga no alcanza el nivel requerido.

Todo esto nos sitúa frente a un proceso cargado de violencia. El paciente institucionalizado es objeto de una violencia palpable —material y moral— que comienza desde el momento mismo del diagnóstico, en función del cual, la persona tildada de "enferma mental" queda socialmente descalificada. La verdad del sujeto ya no importa más. "Su discurso se tiene por absurdo y se le analiza pero no se le entiende" (3). Se cree, ingenuamente, que la verdad del paciente puede asilarse en historias clínicas o en diagnósticos diferenciales exhaustivos. En ocasión del dictado de un curso de Psiquiatría, el profesor respectivo hizo desfilar ante nosotros, un grupo de 15 estudiantes, cada uno de los distintos cuadros gnosológicos que nuestros textos reseñaban. Una batería de preguntas sumamente directivas y un empeño —más útil para otras situaciones— en encontrar "síntomas" por parte del profesor, convirtieron estas entrevistas en un juego donde los pacientes querían hablar vía su delirio y donde el psiquiatra no quería escucharlos sino, más bien, atender su propia verdad.

Se va cumpliendo así el rito de clasificación psiquiátrica; clasificación que impide conocer a la persona salvo cuando se le adjunta el rótulo; clasificación que burdamente permite el dominio de la angustia que agobia a todo el personal. Revisar algún manual de diagnóstico psiquiátrico basta para comprender el sistema bajo el que se pretende contener la locura. Embebidos en un positivismo científico ilusorio, los psiquiatras creen que basta la clasificación para poder acceder de inmediato al nivel científico. Jorge Luis Borges devela la arbitrariedad inherente a toda clasificación remitiéndose a una imaginaria taxonomía zoológica: "Los animales se dividen en: a) pertenecientes al Emperador, b) embalsamados, c) amaestrados, d) lechones, e) sirenas, f) fabulosos, g) perros sueltos, h) incluídos en esta clasificación, i) que se agitan como locos, j) innumerables, k) dibujados con un pincel finísimo de pelo de camello, 1) etcétera, m) que acaban de romper el jarrón, n) que de lejos parecen moscas". (4)



DESENLACE DE UN SINSENTIDO

Todo el proceso "terapéutico" propuesto bajo la perspectiva psiquiátrica en el Valdizán, se sustenta en un encuadre exclusivamente defensivo antes que en un intento de aprehender el significado de la locura. Ciertamente, la locura del otro toca nuestra propia locura, se conecta directamente con nuestro inconsciente y moviliza angustias irrefrenables. Es imposible negar este circuito; cualquiera lo debe reconocer: los locos nos atemorizan. Sin embargo, lo verdaderamente lamentable es que, en nombre de evitar ese miedo y esa angustia, se condene el silencio la confrontación con la locura. ¿A qué verdad acceden, entonces, quienes precisamente adolecen de angustias y miedos inmanejables por su rígida contención? ¿A dónde los conduce el espacio ofrecido por la institución psiquiátrica? Cabría citar una reflexión que hacía Sylvie Faure al respecto:

"El asilo no ha sido concebido en un principio como un lugar de cuidados, pero ante el análisis se manifiesta incluso exactamente antiterapéutico, es decir, que agrava por su organización los desarreglos psíquicos de aquellos enfermos que admite: se les aísla de sus prójimos, a ellos, cuyos lazos sociales son justamente de lo más frágiles; se les encierra, a ellos, a quienes cuesta tanto concebirse como individuos autónomos y libres; se les pone un uniforme idéntico, se les priva de sus bienes personales más íntimos, a ellos que se despersonalizan espontáneamente". (5)

Sencillamente arribamos al inevitable destino de alienación y cronificación siempre presente en los hospitales psiquiátricos tradicionales; destino que comenzó a gestarse como estrategia desde el mismo núcleo familiar frente a aquel que se diferenciaba. Ignorantes de ello, los psiquiatras consideran estos resultados como logros terapéuticos. El ex-director del Valdizán, Dr. Jorge Oyarce Torres, preguntado por un periódico local al respecto, señalaba que:

"El comportamiento de los pacientes se ha modificado a lo que estaba anteriormente. Esos pacientes (del pabellón 5) estaban completamente deteriorados y habían perdido toda noción de buena conducta. Hacían sus necesidades en el suelo, comían con la mano y caminaban casi desnudos".

La superficial comprensión del problema no podría haber sido mejor ilustrada. Ni siquiera la ignorancia revestida de buenas intenciones justifica lo relatado. Por ello este reportaje es fundamentalmente una denuncia.

(*) Esos locos bajitos — Joan Manuel Serrat.

("Esos locos bajitos que se *incorporan / con los ojos abiertos de par en par/ sin respeto* al horario ni a las costumbres/ y a los que por su bien hay que domesticar:/ niño, deja ya de joder con la pelota/ niño, que eso no se dice/ que eso no se hace/ que eso no se toca")

REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS

(1) FOUCAULT, Michael. "Historia de la locura en la época clásica" Fondo de Cultura Económica, 1976.

(2) SZASZ, Thomas. "Razón, locura y sociedad". Siglo XXI.

(3) MANNONI, Maud. "El psiquiatra, su loco y el psicoanálisis". Siglo XXI.

(4) Citado por: FOUCAULT, Michael. "Las palabras y las cosas". Siglo XXI, 1968.

(5) FAURE, Sylvie. La Antipsiquiatría. . . ¿contra quién?, "La Antipsiquiatría". Siglo XXI, 1975.

(6) Diario "El Comercio". . . Lunes 25 de abril de 1983.

Alejandro Ferreyros K.

I used to be cruel to my woman.
I beat her and kept her apart from the things that she loved.
(Lennon & McCartney)

Uno de los aspectos que en nuestro trabajo emergen (1) y que se nos presenta como particularmente importante, tanto por la desatención en la que se ha visto como por el dramatismo que implica, es el de la violencia en la familia.

No queremos ni remotamente plantear la violencia familiar como especificidad de los estratos sociales más pobres; simplemente reconocemos que es en condiciones extremas, en este caso de pobreza, que determinados fenómenos se presentan de manera más aguda y evidente a los ojos del investigador, por lo que su análisis permite mostrar aspectos que en otras circunstancias permanecerían ocultos; del mismo modo como la estructura de un cristal sólo aparece cuando éste se quiebra. Es así como intentaremos aproximarnos al fenómeno de dicha violencia analizando situaciones de agresión física, tanto en la pareja como entre las generaciones, en base a material clínico surgido en el contexto de relaciones psicoterapéuticas, en una barriada del cono norte de Lima.

Observamos que con inusitada frecuencia la agresión física se encuentra presente en las relaciones familiares, la cual suele ser calificada como relación abusiva. Este "abuso" consistiría en el uso de la violencia como forma de conseguir la satisfacción de una demanda planteada como mandato, y patentizar de esa manera las jerarquías de autoridad y poder; pero es al mismo tiempo, y tal vez de manera más determinante, la expresión de conflictos mucho más profundos, y por lo mismo más escondidos y camuflados.

En la pareja, la violencia suele ser un elemento presente, ya sea como acto, ya sea como posibilidad bajo la forma de amenaza. En ambos casos va a suponer un elemento en la comunicación de la pareja que va a extenderse, adjudicándole su signo a todos los aspectos de la relación familiar. Asimismo, en cada acto de violencia se encuentran implicados factores relativos a la historia individual de los miembros de la pareja y sus propios

LAS ESPOSAS DE LA VIOLENCIA

padres. Estos factores se reactualizan y repiten en la actuación presente, reproduciendo conflictos que se han mantenido incubados durante el desarrollo, y que son emergencias de experiencias, reales o fantaseadas, vividas en la infancia, resignificadas posteriormente.

Una señora de 27 años, por ejemplo, relata cómo su esposo ha amenazado con abandonarla con sus cuatro hijos si es que sale nuevamente embarazada. La señora, en consecuencia, decide acudir a la posta médica por un dispositivo intrauterino. Al comunicarle el hecho a su esposo, éste reacciona violentamente golpeándola, acusándola de querer usar métodos anticonceptivos para así poder tener relaciones "con quien quiera" (*). Ante la posibilidad de ocultarle *su decisión al esposo, la señora se plantea que eso sería muchísimo peor, pues en caso de que él se enterase o la descubriese*, confirmaría sus temores y sospechas y la violencia *sería aún más grave.*

Tal vez sea la situación de "callejón sin salida" de la mujer, lo primero que nos impresiona en una especie de solidaridad compasiva, pero no debemos olvidar que lo anterior es el relato de una *situación actual tal como es vivida* y sentida por una paciente y dirigido a la figura transferida de un terapeuta, y por eso, entre otras cosas, no podríamos limitarnos, para su completa comprensión, al sentido literal de lo propuesto. El problema así planteado se presentaría como insoluble: la señora, haga lo que haga, será golpeada.

Aproximémonos a la situación descrita de otra manera: Podemos distinguir por lo menos tres ámbitos de relaciones; es decir aquella de la mujer con los hijos (representada por el supuesto hijo por nacer); la de la mujer con el marido, y aquella de la mujer con "quien quiera". Estos ámbitos parecen oponerse entre sí y también influirse mutuamente, a modo de constelación de relaciones. El esposo plantearía —desde la perspectiva de la esposa— que el vínculo que ésta establece con sus hijos hace peligrar al que establece con él, de modo que el abandono surge como amenaza. Parecería que el ámbito de la relación de pareja se enfrenta con el materno-filial, excluyentemente. En ese sentido, al plantearse una posible solución al "impase" con la propuesta anticonceptiva, surge, como si se trasladara el problema, el temor a ser abandonado "con quien quiera". En otras palabras, parecería que las relaciones son permutables, pero que la situación es la misma: el fantasma del abandono es la constante alrededor de la cual cada vínculo se resignifica y



revalora. Es importante también recalcar que tratamos con situaciones hipotéticas. El hijo no ha nacido; ni siquiera está en camino; la señora no está tomando ninguna medida anticonceptiva, aún, y "quien quiera" sólo existe como temor (o deseo); es decir que se tratan de amenazas que existen y ocurren en el ámbito de lo imaginario.

Esta reflexión es un intento de aproximarnos a establecer la interconexión entre la amenaza del abandono y la agresión física. Se transita, vía "hijos", de una situación a la otra, conformándose un conglomerado de relaciones en la que sus términos se confunden, permutan y sustituyen.

Muchas veces la estructura de las relaciones personales se ve reflejada en la gramática del juego del lenguaje, y el análisis de éste nos sirve para ilustrar y despejar dicha estructura que permanecería oculta. Tratemos, en ese sentido, de aproximarnos a la densidad de una fórmula verbal:

La mujer "está pegada" al marido.
La mujer "está pegada" a los hijos.
La mujer "es pegada" por el marido.
La mujer "es pegada" por los hijos.

Es enormemente significativo el hecho de que el verbo "pegar" signifique "adherir" y "herir"; "unir" y "golpear"; casi podríamos decir que, en el contexto que nos ocupa, significa "unir a golpes". El doble sentido de la palabra coincide con la doble función de la violencia y con la doble dirección de las formas verbales. El tránsito de lo copulativo a lo pasivo ilustra y remite al tránsito de la relación unión de dos partes a la relación de pasividad y sujeción; esta última en la que la mujer aparece sujeta al marido como "sujeto paciente". En otros términos, esta doble dirección condensa significados en función de la expresión simultánea de las dos partes de un conflicto de "unión-separación"; doble función cuyo sentido lo encontramos en el intento de expresar las distintas direcciones de un conflicto a través de lo que sería una "formación de compromiso" (**)

Otro ejemplo: Una señora, de treintidós años, que durante sus sesiones iniciales se queja de que el esposo ha sido muy violento con ella pegándole continuamente cada vez que él se emborracha, plantea que está muy preocupada porque desde hace "nueve meses" su esposo "no le pone la mano encima", y que eso probablemente significa que se ha conseguido otra mujer.

Una vez más se presenta la situación de entrampamiento del "callejón sin salida" en el que parece vivir. Nuevamente "pegar" significa agresión física y garantía de vínculo. "Poner la mano encima" significa "golpear", "herir", "maltratar"; pero también "tocar", "acariciar", incluso "proteger", dándose en la formulación citada la confusión referida entre agresión y adhesión. Más aún, la fantasía presente ante la ausencia de la violencia ("hace nueve meses...") se nos sugiere, y la posibilidad de un otro hijo, esta vez con otra mujer, aparece como para reforzar este sentimiento de amenaza de abandono. Acá también están presentes los tres ámbitos descritos en el ejemplo anterior; también en este ejemplo las tres relaciones se mezclan y se combinan entre sí mostrando su interdependencia. No se trata, pues, de situaciones que se puedan entendender textualmente, sino de expresiones que condensan una multiplicidad, y que sólo hemos analizado parcialmente, puesto que resumen situaciones infantiles, actuales, y actuadas en la relación con el terapeuta, y que van más allá de lo que pueda surgir de una lectura lineal. En este caso, la necesidad de "estar pegada" se transforma en la necesidad de "ser pegada" por el esposo para que de esa manera el abandono no ocurra.

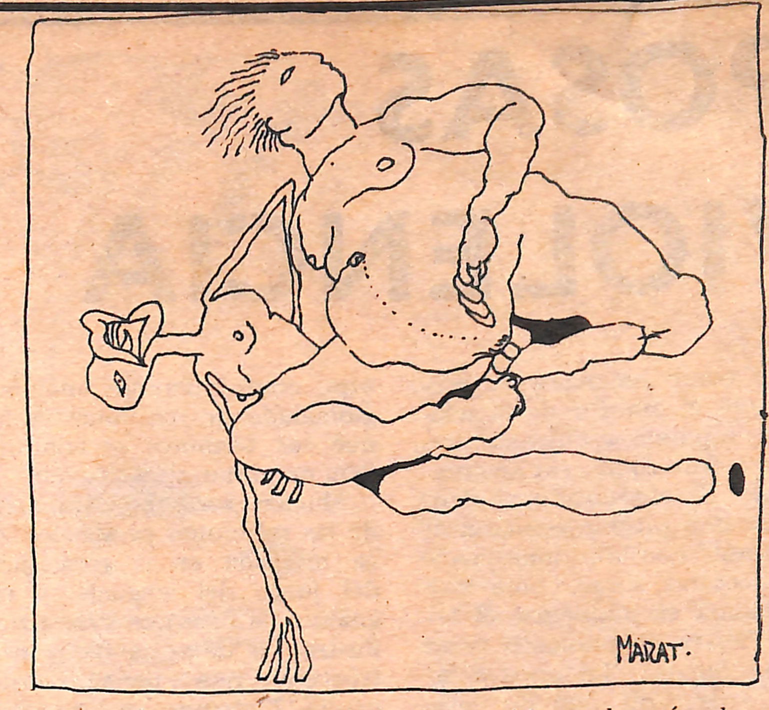
John Bowlby, a lo largo de la trilogía que constituye su obra fundamental (***), plantea que de la experiencia de satisfacción derivada de la alimentación en la relación entre

madre e hijo surge un sentimiento de "apego" (attachment) que se prolongará independientemente de dicha experiencia, y que consiste en una tendencia natural a mantener el vínculo al margen de las gratificaciones alimenticias. Ante la posibilidad de pérdida de este vínculo surge como reacción un sentimiento de violencia muy fuerte hacia el objeto en tanto que pondría en peligro su propia existencia.

En base a lo anterior podríamos constatar la estrecha relación existente entre la violencia y el vínculo afectivo: que la violencia en la familia cumpliría con la función de ser una suerte de previsión ante una supuesta pérdida; o, puesto de otro modo, una forma de reacción ante un supuesto abandono, vivido por anticipado, alucinatoriamente. Ante la posibilidad de que se pierda el vínculo surge la violencia como un recurso para impedirlo. En tanto que haya violencia se sentiría la seguridad de que el "apego" se mantiene.

Veamos una situación en la que la violencia se presenta de padres a hijos: Una paciente, de veintiséis años y cuatro hijos consulta por un problema con uno de ellos, el mayor, de siete años, a quien califica de "rebelde" y "caprichoso". Tiene problemas en el colegio y el profesor la ha llamado tres o cuatro veces a darle las quejas. El papá le pega mucho: —"Le pega duro hasta hacerle sangrar los pies". Utiliza para ello el cordón de la electricidad; lo enrolla y le da duro. A ella le duele; sufre más que su hijo, dice, y lo quiere defender. Su esposa la grita; le dice que no lo deja criar, educar a su hijo y que por eso está así. Cuenta que cuando el niño tenía dos años el padre le pegaba, ya, fuerte. Relata el siguiente episodio: Un día, mientras le daba de lactar a un hijo menor, el mayor, que tendría por ese entonces unos cinco años, le tiró a ella con una liga una chapita de botella que le cayó en el nervio, "pasándole corriente por todo el cuerpo" (recordemos el cordón de electricidad). El esposo al enterarse de esto le pegó al niño hasta que le sangraran los pies. No podía parar. Es raro, dice, porque el esposo no es violento con ella. Es cariñoso, cuando toma le pide disculpas por no poder escaparse de los amigos. A ella no la maltrata; ni siquiera de palabras.

Desde una perspectiva global la paciente asocia en un contínuo situaciones aparentemente disímiles, hilándolas de modo tal que transita de la



agresión al hijo a la agresión hacia ella. El énfasis puesto en la inocencia del esposo nos hace pensar en lo contrario; más aún cuando en el tránsito menciona que es a ella a la que le duele; como si en realidad le estuviese pegando a ella. Una vez más la agresión hacia los hijos es al mismo tiempo agresión a la pareja, y viceversa.

Veamos lo que podríamos llamar el contenido de la agresión. Si relacionamos algunos elementos que se encuentran dispersos en el relato *podríamos establecer conexiones de sentido* que nos permitirán comprender lo que se esconde detrás de lo manifiesto: Conectamos rápidamente el instrumento de la agresión, "el cordón enrrollado de la electricidad", con el efecto sufrido por la madre tras la agresión del hijo "corriente por todo el cuerpo". Relacionamos el instrumento de la agresión del niño, "la chapita de botella", con las disculpas ofrecidas por el esposo cada vez que toma, y establecemos la continuidad entre una situación y otra. Más aún, el motivo de la agresión del niño a la madre al dispararle su arma mientras ve al hermano menor con ella se nos presenta como una evidente escena de celos, en la que ve su vínculo con la madre severamente amenazado. El cordón de electricidad podría sugerirse también como un símbolo del umbilical, representante de este vínculo. Significativamente, el contenido de la disculpa del esposo es "no poder escaparse de los amigos"; es decir, haberla dejado por ellos. Para terminar con lo que podría ser una extensa serie de interconexiones recordemos los "pies sangrantes", que no pueden dejar de evocar aquellos que le dieron nombre al niño abandonado en el monte Citerón en intento filicida, y cuya vida es la más clara representación del drama familiar.

En base a esta propuesta interpretativa observamos cómo las situaciones de violencia entre los miembros de la familia se encuentran ligadas a las situaciones de abandono y pérdida, y los elementos asociados a la irrupción de aquella se encuentran comprometidos con estos. Consideramos que para una comprensión cabal del fenómeno es necesario incluir en su análisis *esta función de "asegurador del vínculo", sin el cual cualquier intento* de entenderlo no será sino parcial.

Una vez más, sólo queremos plantear cómo la violencia se manifiesta también como la expresión de la angustia a la pérdida de una relación afectiva y un medio de protección contra la invasión de sentimientos de abandono. "Pegar" significaría, pues, agredir físicamente para proteger el apego, la unión, el vínculo, manteniéndose la familia, de ese modo, esposada por la violencia.

----

(1) Desde Marzo de 1982 viene desarrollándose el proyecto de investigación interdisciplinaria "Sobre la dimensión psicosocial de la problemática de barriadas en el Perú", del Dpto. de Humanidades de la PUC, y del Instituto Sigmund Freud de Frankfurt, con el auspicio de la fundación para-estatal Volkswagen. El equipo de investigación está formado por César Rodríguez Rabanal, quien lo dirige; Marga Stahr; Marisol Vega; Patricia Checa, y el autor del presente artículo. El proyecto se basa en el principio de que el instrumento psicoanalítico hace coincidir el interés terapéutico con el de investigación.

(*) Notemos que "con quien quiera" significa ambigua y simultáneamente "con quien ella quiera" y "con quien quiera con ella"; es decir, sujeto y objeto del deseo de otro.

(**) "Formación de Compromiso" es un concepto presente en la terminología psicoanalítica que se refiere a la transacción que logran dos (o más) fuerzas en conflicto de modo tal que ambas puedan obtener satisfacción: a la vez el deseo inconciente, y las exigencias defensivas. Es curioso que también se utilice la palabra "compromiso" para referirse a la pareja.

(***) "El Vínculo Afectivo". PAIDOS, 1976
"La Separación Afectiva". PAIDOS, 1976
"La Pérdida Afectiva". PAIDOS, 1983

UNA POS
EN PSICO

Mario F. Tueros

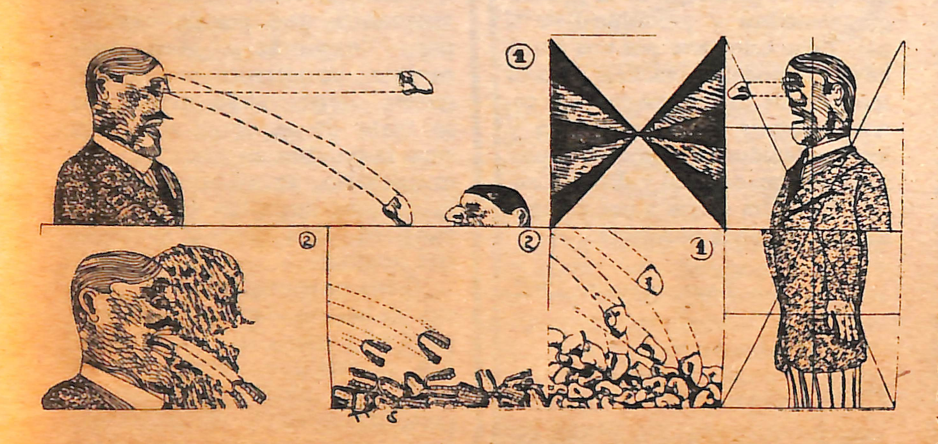
La crisis que desembocó en el receso de las actividades de la sección de Psicología de la PUC no fue una simple confrontación más entre sectores docentes y la estructura de autoridad universitaria *o entre grupos académicos en disputa del poder. Para el que conozca algo del conflicto, ahí ocurrieron incidentes que* complican una comprensión facial del problema. Además de los ingredientes tradicionales, parece haber habido aparente enfrentamiento doctrinario entre orientaciones psicológicas al que se remite todo el sentido de los problemas específicos que fueron los detonadores del suceso el nuevo curriculum de estudios, la relación entre los roles de paciente psicoterpeútico y alumno de la especialidad, y en otro nivel, la reclamada oposición entre los valores progresistas asumidos por los profesores de orientación analítica que dejaron la sección y, de otro lado, las así llamadas posiciones conservadoras achacadas por éstos al grupo de profesores que permanecieron o se incorporaron a la sección.

A pesar de las apariencias, sin embargo, entendemos que la crisis tuvo móviles diferentes, y que, para llegar a una comprensión clara, es importante poner lo ocurrido en una perspectiva diacrónica, que ayude a darle significado al conflicto a partir de anteriores controversias y debates. Lo que pretendemos aquí, no obstante, no es una interpretación total de la crisis. Carecemos de competencia e información relevante para intentarla. Se trata más bien de realizar una de las posibles lecturas de este suceso a base del enfoque crítico de aspectos parciales del mismo, pero que esperamos arrojan luz sobre sus contenidos principales.

Algunos hilos de la trama.

Una fecha clave para entender el proceso que llevó a los acontecimientos de marzo del 82 es 1971,

IBLE LECTURA DE LA CRISIS
LOGIA DE LA PUC



año en que Psicología de la PUC adopta un nuevo curriculum dirigido a una renovación de la formación psicológica. Es también el año en que se inicia localmente la recepción de la controversia acerca de las tesis estructuralistas sobre ciencia e ideología, originada por los trabajos de Althusser (1969-1970) cuyas traducciones empiezan a conocerse aquí, luego de haber provocado un amplio debate en América Latina entre los científicos sociales. Es un año, igualmente, donde nuestro continente atraviesa por períodos de cambios políticos progresistas *sin precedentes (Perú, Chile, Argentina, Bolivia)* y que contribuyen a modificar los enfoques academicistas *de las ciencias sociales en la región.*

En el país, estas influencias se dejan sentir también en Psicología, siendo una de las más notables el mencionado cambio curricular. Un efecto, el clima intelectual prevaleciente, no deja de afectar a una generación *nueva de psicólogos en la PUC, que de este modo* cuestiona los fundamentos de la formación para una disciplina que no habían logrado desarrollar ni una identidad propia ni contenidos relevantes a los problemas de nuestra sociedad.

El cambio curricular de la Católica, que reprioriza la especialización concediendo importancia equivalente a tres áreas formativas de la carrera (Social, Clínica y Educativa), obedecía así a la presencia influyente de distinguidos miembros de esta generación en el cuerpo docente, quienes impulsan enérgicamente una modificación de los estudios psicológicos abierta a las inquietudes y demandas planteadas por el medio social.

Sin embargo, esta perspectiva de mayor relevancia social, se va desdibujando progresivamente hasta eliminarse definitivamente hacia 1976, en que el curriculum vuelve a reorganizarse a base de una predominancia de la especialidad clínica, esta vez con una orientación claramente psicoanalítica. La formación seguía manteniendo estas características con mucho vigor al sobrevenir la discusión por un nuevo curriculum y los incidentes que provocaron la crisis.

De una psicología social ideológica a una psicología psicoanalítica científica.

Estos nuevos cambios no se dieron obviamente de modo gratuito. Entre los factores que operarían decisivamente sobre la decisión de abandonar la perspectiva de relevancia social se pueden indicar, en primer lugar, una objetiva evaluación sobre el impreciso perfil ocupacional de la psicología socio-laboral existente. De otro lado, también se desarrolla una crítica deontológica *de la disciplina que cuestiona las* posibilidades de desarrollo en ciertas áreas, como las áreas social y laboral, a base de argumentos inspirados en la crítica estructuralista de la ideología, a revisarse luego (Herrera, 1977).

Sin embargo, para explicar los nuevos cambios, los mencionados factores son únicamente complementarios al hecho de la dominancia que fue cobrando en la formación la orientación psicoanalítica, que llegó a incorporar en sus bien definidos perfiles y temáticas a los profesores más influyentes y los contenidos de los cursos medulares de la carrera. Precisar los medios, el alcance y la significación de esta orientación en la formación psicológica en la PUC es tarea que será exigida por cualquier balance de la Psicología hecha en el país. En este contexto, basta señalar que el psicoanálisis se constituyó en el modelo teórico y ocupacional alternativo a la psicología "tradicional" que sería implantado luego de la impugnación de una psicología social percibida como incapaz de ofrecer explicaciones ni prácticas coherentes a los psicólogos que buscan una disciplina científicos y no ideológica.

Descritos con mucho esquematismo, los factores anteriormente señalados son los resultados más aparentes de una reflexión que aparte la formación de un tipo de cambios para conducirla a otro. Dicha reflexión, que trata sobre las relaciones entre ciencia, ideología y práctica profesional, aporta muchos elementos de comprensión de la crisis de marzo del 82 y, a continuación, será evaluada en su desarrollo y consistencia interna, y, luego, a partir de sus consecuencias formativas.

Indicábamos arriba la difusión de las ideas althusserianas como un factor clave en aquel contexto. Más que a través de la fuente original (que no por casualidad sirvió de sustento a la crítica de la ciencia burguesa hecha por los revolucionarios parisinos del 68), esta crítica epistemológica nos es accesible a los psicólogos locales en su versión argentina —por vía de textos como los de Verón (1972)—. Sastre (1974) y especialmente Braunstein y otros (1975). Sintéticamente, sus tesis críticas parten de una distinción entre la práctica teórica, de un lado, y la ideológica, por otro, dentro de la actividad científica. La práctica teórica produciría conocimientos a partir de la confrontación de conceptos abastractos probadamente científicos con la realidad empírica; en cambio, la práctica ideológica, al aplicar conceptos de status científico cuestionable a la realidad directa, genera, en lugar de conocimientos, falsas representaciones —ideología— generalmente vinculadas a los intereses de las clases dominantes en la sociedad.

La psicología, entonces, reuniría *diversos tipos* de prácticas en sus múltiples áreas de trabajo, algunas de las cuales han llegado a desarrollar conceptos de legítimo nivel científico, como el psicoanálisis de Freud; otras donde este nivel es naciente —caso del enfoque genético piagetiano—; y finalmente otras donde tanto los enfoques teóricos como los aplicados no son sino ideología, como en la psicología social y la laboral.

Como se ve, esta concepción ofrece una atractiva coartada de cientificidad a las prácticas psicológicas que se ubican al lado del polo favorable de este escalonamiento jerárquico, al mismo tiempo que plantea argumentos atendibles para el rechazo de las áreas consideradas "ideológicas". Veamos sin embargo cuál es el estado actual de este debate.

Argumentos contra lo ideológico en Psicología

El desarrollo de esta controversia en los últimos años ha ido mostrando las debilidades de algunos supuestos de este planteamiento, mientras que al propio tiempo demanda mayor evidencia para algunas de sus propuestas. Si bien es cierto que la perspectiva general de análisis epistomológico estructuralista conserva aún su vigencia, esa también verdad que se reconoce su carácter limitado —reducido al aspecto formal, estructural— en la comprensión de un fenómeno multidimensional como la ideología. Además, hoy también se perciben más claramente las limitaciones de los paradigmas científicos reclamados por la perspectiva estructuralista: es claro, por ejemplo, que considerar al leninismo como modelo de actividad científica, en el ámbito de la práctica política, es por lo menos exagerado luego de examinar su funcionamiento en experiencia como las de Camboya y Polonia (o a través de análisis como el de Bahro, 1979). Del mismo modo, las características científicas sui generis del psicoanálisis merecen cada vez más dudas (ver, por ejemplo, Timpanaro, 1977, y Eysenck, 1979, en la bibliografía castellana reciente) así como sus posibilidades de integración con el materialismo histórico (a propósito, ver Rustin, 1982, y especialmente Timpanaro, op. cit.)

En el terreno más precisamente psicológico, habría que señalar que, aunque la crítica estructuralista de la ideología le confiere características de auténtica ciencia al psicoanálisis freudiano, basándose en la consistencia de su lenguaje metodológico, dicha concesión no se extiende necesariamente a los demás tipos de psicoanálisis. En cambio, esa especificidad no existe en el enfoque de Braunstein (1975) al trazar el perfil de una alternativa psicoanalítica a la trampa ideológica en psicología. Este no es el caso del propio Althusser (1970, b), quien deja claramente sentado que, además de Freud, sólo la versión lacaniana le parece una variante de legítima teoría científica —en la medida que "vuelve a Freud"—, rechazando explícitamente como mistificaciones ideológicas otras versiones psicoanalíticas como la existencialista sartreana, la fenomenológica (Biswanger y el 'Daseinanalyse'), la culturalista (Fromn, M. Mead) y otras más.

Otro aspecto cuestionable tiene que ver, con el rechazo, por ideológicas, de la psicología social y la laboral. La crítica ideológica parte aquí del concepto de "demanda social" del conocimiento como estas áreas se han desarrollado —sobre todo en sus aspectos aplicados— en conexión con el crecimiento capitalista de la industria y de las instituciones político—administrativas de la sociedad burguesa, se puede deducir que sus principios, métodos y planteos responden a necesidades —o "demandas sociales"— basadas en el funcionamiento ideológico de esas organizaciones, que es el mismo de la ideología dominante, y no a un interés realmente científico.

En primer lugar, esta crítica sólo tiene alcance sobre un modelo específico de trabajo en el área, tal como el basado en el positivismo funcionalista, del que aún buena parte de la psicología social es tributario. Es obvio, no obstante, que no lo tiene sobre otros modelos, como los cognitivos, los genéticos o los funcional-históricos, que no asumen las premisas integracionistas y de armonía social de aquél, lo cual ,las habilita para una reconstrucción teórica del área, actualmente en marcha (veáse, por ejemplo, Harré y otros, 1976). Del mismo modo que no toda variante del psicoanálisis es necesariamente ideológica. Lo propio vale para las ramas aplicadas: la psicología social incluye orientaciones teórico-prácticas (como el análisis institucional— Louran, 1973) que no son precisamente tecnologías complacientes de armonización so-

cial.

En segundo lugar, y más importante, asignar un papel tan determinante a la "demanda social" en la caracterización científica de una disciplina conduce a una concepción maniquea del trabajo científico, donde los 'malos' son los que intentan un compromiso con la "demanda social" (a través, por ejemplo, de la relación laboral con instituciones de 'trabajo productivo' capitalista) y los 'buenos' —y auténticamente científicos— son los que la evitan. Aparte de los simplista de tal noción, que no tiene en cuenta los amplios espacios discrecionales con los que se manejan las instituciones privadas y muchas de las públicas respecto a las orientaciones políticas del Estado, particularmente en sociedades tan segmentadas como las nuestras, el argumento parece encerrar, por exclusión, una defensa de la práctica profesional privada como única alternativa de escape a la inexorable determinación ideológica distribuida en las instituciones sociales. Al legitimar así una modalidad de práctica como la del setting privado, dicha justificación complementa la defensa excluyente de la calidad científico-teórica del psicoanálisis.

Así pues, el problema de esta argumentación es que encierra, sin mucho disimulo, una alternativa de la psicología como práctica científica identificable con las formas de la convencional psicoterapia psicoanalítica, aunque con contenidos a lo mejor distintos. Lamentablemente para los que además quieren ver en este modelo la única modalidad posible de ciencia revolucionaria en psicología, son exactamente esas características formales las que han servido a la crítica radical al psicoanálisis —desde Reich hasta Séve— para identificarlo como un arte propiamente burgués. Para los que duden de lo válido de esta observación en un contexto como el nuestro, es ilustrativo imaginarse la relevancia de la psicoterapia autoritaria, prolongada y básicamente individual que el modelo psicoanalítico propugnaría en el tratamiento psicológico de los pobladores de una barriada. Para aquellos cuya imaginación se estimula de otro modo, reflexiones como las de Jones (1972) o Foncanlt (1971) podrán interesarles.

Psicoanálisis y Formación psicológica en la PUC

Llegamos al último punto de esta lectura interpretativa: ¿cómo operaron estas influencias en el carácter de la formación de psicólogos en la PUC? Hemos indicado que el balance final del período de orientación psicoanalítica en la formación de la PUC es aún prematuro y debe esperar a que se manifiesten posibles efectos no visibles todavía. No sería legítimo, por ejemplo, señalar que un resultado comprobable haya sido la reducción del estímulo por la investigación, aunque ello se basa en positivistas, empíricos y cuantificables indicadores como la mínima proporción de tesis ("teóricas" casi todas) de orientación psicodinámica en comparación con otras en estos últimos años, a pesar que tantos profesores como cursos de tal orientación se hallaban en hegemónica mayoría. No lo sería igualmente indicar la reducción del uso, por parte de estudiantes de psicología, de instrumentos indispensables para la investigación, tales como las correcciones de revistas de investigación psicológica, a pesar que ellas fueron por disposición de los profesores de la sección, en su mayoría psicoanalíticas. A todo ello se podría aducir que la especial estructura científica del psicoanálisis, con su método interpretativo y sus criterios de verificabilidad interna, hayan entrenado las cualidades investigatorias de los estudiantes de la sección de un modo no detectable por medio de aquellos medios empíricos rechazados por la orientación.

Del mismo modo, tampoco sería justo evaluar como negativo el establecimiento de una particular organización, paralela a la académica, que fue adoptando internamente el grupo de profesores y estudiantes adeptos del psicoanálisis. Es sabido que dicha organización se plasmó en una jerarquizada estructura de autoridad que estaba basada no sólo en el poder del conocimiento sino en el de una escala de grados formativos y experiencias adicionales a la universitaria. Asimismo, se sabe que ella funcionaba en base a pautas formales de adquisición de jerarquías que regulaban un proceso que llevaba al iniciado por una serie de niveles de dominio del método, a los cuales el acceso era cada vez más competitivo pero que estaban recompensados, no sólo con títulos y posiciones, sino con la disponibilidad de escalas de honorarios cada vez mayores. En realidad, dicha organización profesional no se diferencia mucho de otras.

Lo importante es saber si los fines de la formación universitaria de una disciplina como la Psicología, que suponen una organización y regulaciones propias de una corporación académica, pueden coexistir armoniosamente con los fines y organización —orientados por otros valores y criterios— de la disciplina psicoanalítica. La historia de las relaciones del movimiento psicoanalítico con la Universidad, tortuosa y difícil, es una demostración de que tal convivencia es todo menos armoniosa y, en todo caso, tiende a ser fugaz y pasajera.

Lo que sí se puede afirmar, en esta parcial lectura de los acontecimientos de Psicología, es que resulta muy dudoso que el modelo alternativo de rol científico y profesional basado en la psicoterapia psicoanalítica que se elaboró en la PUC sea congruente con los términos de la reflexión sobre ciencia e ideología que animó su búsqueda; y también —quizás debido a lo anterior— que la tarea de adecuación del rol y la práctica de una psicología auténticamente científica a las exigencias de nuestro contexto social no pudo ser cumplida. Es necesario señalar, asimismo, que el intento trajo algunos éxitos relativos, a juzgar por algunas de las modalidades innovadoras que se desarrollaron —como las vinculadas a la prevención en salud mental—, aunque también valdría la pena preguntarse si los productos estuvieron a la altura del esfuerzo emotivo y racional invertido.

Observaciones finales

Por último, es legítimo preguntarse si no fueron los términos de la exploración emprendida —en búsqueda de una alternativa realmente científica— los que limitaron la potencialidad del intento y, eventualmente, impregnaron de dogmatismo y elitización los resultados. Probablemente, si el quehacer de elaborar una alternativa se formulaba como el hallazgo de una única y exclusiva modalidad, liberados de ejercer la psicología, ella tenía que verse como excluyente y superior respecto de las demás. En tal sentido, no sería descabellado pensar que la nueva fórmula formativa del Instituto Psicoanalítico adoptada por los profesores vinculados a la orientación sea la conclusión más coherente con la evolución de su reflexión.

De cualquier modo, hay una clara enseñanza que nos deja el período: que el desarrollo de la psicología científica y profesional en el país debe orientarse por una pluralidad de modelos, prácticas y líneas teóricas, de modo que guarden correspondencia con la estructura y los contenidos originales que una sociedad tan desigual y dividida como la nuestra exigen a una disciplina joven como la psicología.

Lima, Junio de 1982.

REFERENCIAS

Althusser, Louis y Balibar, E., **Para leer el Capital**, *México, Siglo XXI Eds., 1969.*

Althusser, Louis, **La Revolución Científica de Marx**, México, Siglo XXI, 1970a.

Althusser, Louis, **Freud y Lacan** Barcelona, Anagrama: 1970

Bahro, Rudolph, **La Alternativa: Contribución a la Crítica del Socialismo realmente existente,** Madrid, Alianza Editorial, 1979.

Braunstein, N., y otros, **Psicología: ciencia e ideología,** México, Siglo XXI Eds. 1975.

Eysenok, Hans (ed.), **Estudio experimental de la doctrina psicoanalítica,** Madrid Alianza Universidad, 1979.

Foucault, Michel, **Enfermedad mental y personalidad,** Paidós, Buenos Aires, 1971

Harré, Ron y otros, **Reconstructing Social Psychologv, Harmonds-worth, Penguin Books, 1976.**

Herrera, Luis, "Algunas ideas sobre la Psicología en el Perú", **Cuadernos del CONUP**, Lima, 20-21, Enero/Junio 1976.

Jones, Enrico, "Social Classes and Psychotherapy: a critical evaluation of research", **American Journal of ortopsychiatry**, 1972.

Lourau, René, **El Análisis Institucional,** Buenos Aires. Amorrortu Editoras, 1973.

Rustin, Michael, "A Socialist Consideration of Kleinian Psychcanalysis", **New Left Review**, 131, 1982. pp. 71–96.

Sastre, Carlos, **La Psicología: Ted ideológica**, Buenos Aires, Tiempo Contemporaneo, 1972.

INTERDISCIPLINAR

Luis Jaime Cisneros

Es afirmación consagrada que el hombre se va afirmando en el lenguaje; el mayor o menor dominio de su manejo anuncia el grado de seguridad con que el hombre se afirma. De ahí que sea corriente anunciar que el hombre se integra con (y **en**) el lenguaje, o de desintegra en (y **con**) él. A medida que los estudios han ido sistemáticamente centrándose en el lenguaje, han terminado por hacer centro asimismo en el hablante. Especialmente en el campo de la psiquiatría y de la psicología.**

Ya se ha señalado: para el sicoanalista, su objetivo está en el **discurso** del paciente. Digo el discurso y no 'la palabra', situándose en plena metodología saussuriana. Como bien apunta Kristeva: el único instrumento que puede utilizar para "explorar el **funcionamiento** consciente o inconsciente" (subrayado mío). No se trata de explotar el léxico sino la palabra en situación comunicativa, en el ejercicio de la cual se cumplen (o se alteran) las estructuras y las leyes del lenguaje.

Otro rasgo significativo, que no cabe olvidar: puesto que para el sicoanalista todo síntoma constituye 'lenguaje' en tanto que *alcanza significado (interpretación), el psicoanálisis termina por convertir a los síntomas en "une espéce de systéme signifiant dont il faut repérer les lois, qui sont semblables a celles d' un langage'* (ibid., 264).

Aquí necesitamos dar cabida a los sueños. Y ciertamente Freud aparece en la línea de avanzada. El sueño nos ofrece algo así como otro sistema lingüístico y nos invita a recibirlo (y a interpretarlo) como una 'escritura', de reglas parecidas a las de los jeroglíficos.

Estas tres afirmaciones elementales colocan ciertamente el psicoanálisis dentro del mundo del lenguaje.

De otro lado, los progresos que el psicoanálisis realiza en el campo médico y los estudios cada día más profundos sobre el inconsciente y el sueño, van modificando la concepción tradicional del lenguaje, al tiempo que hacen urgente plantearse otras preguntas y abren nuevas perspectivas de investigación y campos desconocidos —pero atrayentes— para la reflexión y la crítica.

¿Qué es lo que el psiquiatra 've' en el lenguaje del paciente? ¿Qué trata de buscar? ¿Qué le ofrece ese discurso?

Aquí hay planteamientos que debemos dilucidar. Más que al paciente en sí, lo que objetivamente tiene ante sí el analista es **el decir** de su enfermo. No están en ese discurso 'las causas'; o por lo menos **el decir** escuchado no será interpretado de tal **modo** por el analista. Su actitud es la de un **escucha** atento, antes que la de un oyente casual. Escucha:

DISCUSION PARA UN SEMINARIO:

LENGUAJE Y PSICOANALISIS

es decir, pone atención en aguzar el oído para alcanzar a comprender (y aprehender) el mensaje **oculto. Tanta aten**ción le merece lo que pueda haber de 'real' o de 'ficticio' en el discurso:

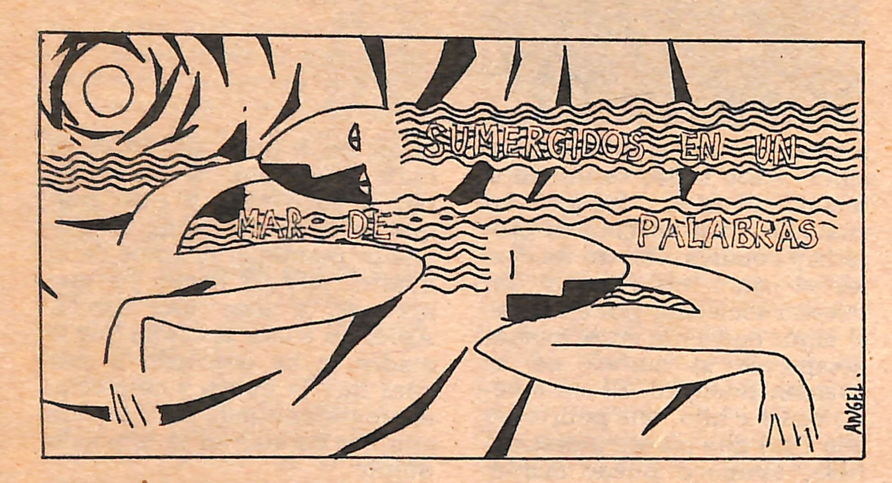
"Ce qu'il découvre dans ce discours, c'est la motivation d'abord insconsciente, ensuite plus ou moins consciente, qui produit les symptömes" (264)

Quiere decir que no se propone escuchar el mundo consciente, desdeñando el otro, ni busca priorizar tampoco éste en demérito de aquél. Trata de escuchar a través del discurso ambos mensajes (a veces claros y distintos, a veces interceptados por cruces, a veces también mezclados el uno con el otro, a veces sumergido el uno dentro del opuesto). No es fácil porque ya advirtió Freud (**Traumdeutung**) que el inconsciente *es como un gran círculo que envuelve a lo consciente;* es "lo psíquico en sí mismo y su realidad esencial".

*Estamos, pues, ante una si***tuación discursiva**: de un lado, el paciente; de otro, el analista. *Es una relación* —tal como se impone— horizontal. Diríamos que la cadena coloquial se mantiene, puesto que hay un discurso orientado hacia el otro. Esta presencia del otro se da, en esa situación discursiva, de dos modos particulares: a) o bien el interlocutor (= *el analista) responde* verbalmente al discurso del paciente e integra el circuito mediante verbalizaciones, b) o bien recurre (como es más frecuente) al silencio participante. O sea: responde verbalmente o responde callando. Una y otra estrategias resultan formas concretas de consolidar el coloquio en esa situación discursiva.

Aquí conviene hacer un alto. La teoría de la comunicación, cuando estudia la situación comunicativa, claro es que se hace cargo de la responsabilidad de hablante y oyente en el circuito, en función de una relación sujeto del discurso—destinatario del mensaje. El sistema lingüístico sobre el que se apoya esta comunicación es esencial para la eficacia comunicativa: hablante y oyente manejan el mismo código en tanto que son potencialmente hablantes-oyentes. La experiencia convocada es la de ambos interlocutores.

En cambio, las cosas ocurren de modo distinto tratándose de la situación discursiva que protagonizarán paciente y



analista. El lenguaje que éste busca no puede "confundirse con este objeto-sistema formal que es la lengua para la lingüística moderna"

¿Por qué? Porque para el analista, este discurso recibido es, en tanto que lenguaje, un 'sistema significante' secundario, que se apoya evidentemente en la lengua y en su sistema, y alude a sus categorías (sí, *por cierto, un sustantivo de este discurso es un sustantivo de la lengua, en principio). Pero ese lenguaje está sujeto en el* discurso del paciente a una 'gramática' (o, como dicen algunos, a una lógica) distinta, particular, específica, a un código caprichoso y sutil. Es, como dice Benveniste, un sistema significante.

"Supralinguistique du fait qu'il utilise des signes extrëmement condensés, qui, dans le langage organisé, correspondraient plutot a des grandes unités du discours qu'á des unités minimales"

Aquí se impone una aclaración. El código del sistema lingüístico permite comprender los signos; esos signos existen para 'ser comprendidos', y en función de esa finalidad el código se explica. Los 'signos' del inconsciente (id est, el sueño, por ejemplo) no existen para ser comprendidos (= interpretados). El paciente no sueña para que el analista lo interprete.

Debo insistir. El código del español (como el de cualquier otro lenguaje natural) sirve para que todos los que lo manejamos podamos comunicarnos. Los que sabemos español tenemos asegurado en el código, claro está, ese saber. Para algo distinto con el discurso que el analista tiene delante. No hay tal 'sistema de hablantes' de su código. Hay **hablantes** (es un decir) que pueden admitir, desde el punto de vista nosológico, la misma clasificación (neurastenia, histeria, esquizofrenia, etc. . .), pero dicha clasificación no se funda en los modos de manipulación de un código determinado. En verdad, el analista no tiene que descifrar un código de lengua, sino —en cierto modo— un peculiar modelo estilístico dentro de una modalidad particular de discurso. El **habla** de un hablante cualquiera surge en la continuidad de la lengua (en el sistema), y por tanto el código tiene valor dentro de un *universo de hablantes concretos. En las delusiones, no;* en el discurso sicótico, no. Cada discurso supone —en principio— un código distinto, que no está instituído en sistema, sino que se sistematiza en cada individuo y se manifiesta en virtud de cada situación discursiva. De ahí que la labor hermenéutica del analista sea realmente una tarea en realidad c r e a d o r a. Más que ante una determinada interpretación, estaremos siempre ante un particular 'estilo' de interpretación.

No es fácil, por tanto, hablar de un sistema de descodificación estándar, ni cabe por el momento postular una teoría de interpretación. Porque el contexto vital de cada paciente integra el sistema sígnico con el que el sueño (y sus símbolos) está vinculado. Dos sueños idénticos pueden tener similar interpretación, puesto que lo que corresponde a cada cual está encadenada a determinada circunstancia vital (a veces necesariamente relacionada con el 'signo' mismo, y por tanto, con valor sémico especial). Ni la presencia de idénticos elementos en sueños distintos alcanza el mismo valor 'morfológico'.

Tengo todavía otra atingencia. Los hablantes se valen intencionalmente del lenguaje porque es 'significado'. Esta voluntad de participar en el circuito se expresa tanto en los polos de la codificación (organización del enunciado) como en el de la descodificación (interpretación y comprensión del mismo), y se materializa gracias a la demorada interiorización de ambos procedimientos. Nada permite anunciar que el **discurso** del paciente obedezca a una espontánea intención de comunicar un mensaje codificado para ese explícito fin.

Como sostiene Freud:

"Toda lengua tiene su lengua de sueño"

¿Y cómo es este sistema? Se funda en la relativa autonomía del significante. Y aún cuando ese significado correspondiente será, como todo en el signo, arbitrario, no podremos decir que esa arbitrariedad se funda en la inmotivación, aun cuando tampoco el afirmarlo implique admitir que la motivación obligará a que siempre aparezcan en el discurso comunicado los mismos significantes para el mismo significado, o viceversa. Sobre todo, porque Freud trabaja con una unidad morfofonológica ajena por completo a la realidad lingüística (a la de la lengua natural).

No es, pues, un lenguaje igual al que manejamos un día y otro día. Pero se hace con sus mismos materiales. El nuestro habitualmente podemos encontrarlo en las frases de otros, susceptibles de incurrir en el mismo discurso nuestro. Aquí se trata de otra cosa: nada asegura que eso pueda ocurrir, puesto que esta 'lengua' especial, solamente existe en el discurso específico que el analista tiene frente a sí. La mayoría de las construcciones de la lengua resultan, para un lingüista, previsibles. Las que espera el siquiatra no lo son. No podemos hablar así, en este caso concreto, de la competencia chomskyana. ¿Se trata de una ciencia que conoce el siquiatra? ¿Podemos llamarla lingüística, metalingüística? Sabido es que Freud trabaja con un lenguaje cuya 'universalidad' "atraviesa las lenguas nacionales existentes, puesto que se trata ciertamente de una 'función del lenguaje' que alcanza a todas las lenguas". Para Freud se diría que existe una comunidad, pero no de hablantes, no de lenguas, sino

"communautée su systéme signifiant du réve et de l'inconscient"

Y esta comunidad es genética. Tal como ha probado el sicoanálisis antropológico, "el concepto freudiano y las operaciones del inconsciente son aplicables también a las sociedades primitivas". Lo afirma Freud sin duda alguna:

"Lo que actualmente está unido simbólicamente lo estuvo verosímilmente antes: estuvo ligado por una identidad conceptual y lingüística. La referencia simbólica parece constituir un residuo al tiempo que una marca antigua de identidad. . . Hay varios símbolos tan antiguos como la misma formación de las lenguas"

CONVERSACION
CARLOS A.

Carla Gambirazio Keller
Claudia Oquendo Heraud
Ricardo Romero Vega



Carlos Alberto Seguín, pionero de la dinámica y la psicoterapia de grupo, introdujo la medicina psicosomática en el Perú; estudió y revaloró la medicina folklórica en nuestro país y revolucionó el pensamiento psiquiátrico enfrentándose a los planteamientos del Doctor Honorio Delgado.

El Doctor Seguín nos habla en esta entrevista acerca de cómo concibe él la psicoterapia, qué es para él la enfermedad mental y en qué consiste el proceso de curación. Entre otras cosas nos habla también de sus trabajos de medicina folklórica, y establece un paralelo entre este tipo de prácticas y la psicoterapia.

Dr. Seguín, ¿qué es la psicoterapia para usted?

Bueno, precisamente yo tengo una definición en un libro mio llamado. "Amor y Psicoterapia". La definición dice más o menos así: Es una forma especial de relación humana en la que, por intermedio de experiencias emocionales y correctivas se intenta modificar rasgos indeseables de la personalidad. Esto habría que analizarlo parte por parte como está hecho en el libro, para darse cuenta de todo lo que significa, pero fundamentalmente la primera parte en la que dice que es una forma especial de relación interhumana. Para mí lo fundamental de la psicoterapia es la relación entre el psicoterapéuta y el paciente, de eso parte todo; sin ésto no hay nada.

Pueden haber muchas técnicas, variar las técnicas hasta el infinito, puede ser psicoanálisis, puede ser conductismo, puede ser hipnósis, puede ser lo que fuere, pero si no hay una relación especial humana entre el psicoterapeuta y el paciente o los pacientes, no hay psicoterapia.

Ahora, ¿qué forma de relación es esa? Para mí es una forma especial de amor que yo he llamado "Eros Psicoterapéutico", que es lo que siente o debe sentir el psicoterapéuta por su paciente, es decir, algo que va más allá del interés profesional. Es una relación amorosa, claro que hay que diferenciarla muy claramente de las otras formas de amor. Amor no es solamente el de los enamorados; hay amor de padres, amor de hijos, amor de amigos, en fin, una serie de formas de amor. El Eros Psicoterapéutico es para mí una forma diferenciada y distinta de todas las demás formas de amor, que caracteriza lo que siente o debe sentir el psicoterapeuta por su paciente.

—¿Cómo definiría el Eros Psicoterapéutico?

Es la relación que tiene el psicoterapéuta con su paciente, que se caracteriza indudablemente, por ciertas condiciones muy especiales que la diferencian de las otras formas de amor. Ante todo, es un amor incondicionado, porque en cualquier otra relación amorosa hay condiciones, sin las cuales el amor no persiste. En nuestra sociedad, por ejemplo, el amor corriente entre parejas desaparece si ambos no se guardan fidelidad. El amor entre padre e hijo, que podría ser una cosa que parece indestructible, tampoco puede mantenerse si el hijo se aleja del padre, si no lo obedece, si no sigue sus consejos. El amor entre amigos, si no hay un entendimiento, un fin común a lo que puedan llegar los dos, no existe.

El Eros Psicoterapéutico es el único que persiste a pesar de todo y por sobre todo. El paciente puede ser hostil, puede ser agresivo, puede ser desinteresado, puede ser todo, pero el amor del psicoterapeuta por eso no cambia, no varía, no puede variar. Inclusive mientras más hostil es el paciente, más amor debe darle el psicoterapéuta, porque, ésta es otra parte de mi teoría, muchas veces los pacientes no pueden relacionarse en otra forma con los seres humanos, por su formación espiritual desde la niñez, sino a través de la agresividad; eso es lo que han aprendido a hacer y esa es la única forma de relacionarse que tienen. Entonces, yo me he acostumbrado a decirles a mis alumnos que mientras más agresivo es un paciente, más necesitado de amor está.

—¿Lo que usted haría con el paciente es contagiarle su amor, o descubrir el amor que él mismo tiene?

Para mí la idea es ésta: El ser humano, desde su más temprana niñez, se forma en nuestra sociedad de una manera que lo condiciona a la incapacidad de relacionarse verdaderamente con los demás. Es a lo que yo me he referido hablando del amor condicionado de la madre. La madre no lo dice, pero en su conducta lo implica: "Te quiero si . . . ". Ese es el amor condicionado, "Te quiero si eres limpio", "Te quiero si eres bueno", "Te quiero si eres obediente", "Te quiero si te pareces a mí o a familia", etc, etc. Es un amor condicionado.

Entonces, el niño que no puede prescindir de la madre, porque sin la madre muere, muere realmente, tiene que adptarse a las condiciones que la madre le pone. Entonces, se hace obediente, se hace limpio, se hace ésto o lo otro, porque es la única forma en que puede mantener el amor de la madre. A ésto llamo yo que aprende a usar una careta. Aprende a usar la careta que la madre le ha enseñado a usar para que lo quiera y desgraciadamente continúa toda la vida con esa careta, no se la puede quitar.

En los casos graves neuróticos y aún más en los psicóticos, la careta se ha hecho una con la piel, ya no pueden relacionarse sino a través de su careta. El papel del psicoterapeuta es enseñarle a que se quite la careta. El papel del psicoterapéuta es enseñarle a que se quite la careta, a que sea él, por encima de todos los condicionamientos. ¿Cómo se le puede enseñar a quitarse la careta? *Amandolo incondicionalmente. Es el primer amor incondicionado que va a encontrar* en su vida y eso lo va a obligar a ser él, a despojarse de esa careta, de las condiciones y ser él por primera vez en su vida. Para mí esa es la esencia de la psicoterapia, porque estos pacientes que usan su careta no sólo son amados condicionalmente sino que ellos solo aman condicionalmente porque así se han formado.

Recuerdo un paciente que tenía un padre terriblemente agresivo. El le contestaba un poquito y el padre le contestaba con una cachetada. Vino a psicoterapia y empezó siendo ese hijo buenito que no levantaba la voz, que a todo decía que sí. Poco a poco, con esa apertura del psicoterapéuta empieza derrepente a decir algo que no se hubiera atrevido en ninguna otra condición. Por ejemplo: "Sabe doctor, me han dicho que la psicoterapia no sirve, que son mejores las drogas". Entonces él está esperando la cachetada. Yo me sonrío y le digo: "Vamos a discutir eso". Poco a poco se va atreviendo más. Un buen día me dice: "Sabe doctor, por ahí me han dicho que usted no sirve, que usted es un mal psicoterapéuta". Nuevamente espera la cachetada. Yo le digo: "Escúchelos y usted es el que tiene que decirlo a final".

Entonces el paciente va quitándose la careta, va perdiendo el condicionamiento, ya no viene a someterse, a decir que sí; y eso mismo va cambiando su personalidad; y eso mismo que hace frente al psicoterapéuta lo va a hacer frente a la vida.

—¿Encontraría usted alguna diferencia entre el papel que desempeña un psicólogo o un psiquiatra dentro de un proceso psicoterapéutico?

No, la única diferencia está en la cuestión diagnóstica. Muchas veces, y ésto desgraciadamente yo lo he visto, los psicologos no están preparados para hacer un diagnóstico orgánico, y pueden no descubrir condiciones orgánicas que el médico necesita descubrir.

Por ejemplo, yo tenía un paciente que tenía una epilepsia, que estaba siendo tratado con las drogas necesarias. Se encontró con un psicólogo que con muy buena voluntad le dijo que se estaba intoxicando con esos medicamentos y que él lo iba a curar. Al mes lo tuve que hospitalizar porque estaba en un furor epiléptico terrible. Estas cosas son las únicas que hacen *que a veces el psicólogo necesite la ayuda del médico en estos aspectos terapéuticos, de farmaco-terapia y de diagnóstico.* Pero muchas veces, el psicoterapéuta que es capaz de sentir el Eros Psicoterapéutico, puede actuar tanto o mejor que cualquier médico.

—¿Qué importancia le daría usted al diagnóstico en una psicoterapia?

A mí me parece que el diagnóstico es importante sobre todo para eliminar los cuadros que no van a mejorar con psicoterapia; es lo primero que hay que saber. Lo primero que yo hago con cada paciente es hacerle una historia clínica muy completa. La historia clínica es en realidad una biografía, no es solamente que tiene usted, que enfermedades ha sufrido, que enfermedades han sufrido sus padres; es toda una biografía desde que nació hasta este momento, para darme cuenta entonces qué es la escencia de su sufrimiento. Entonces ya puedo orientarme diagnosticamente; quizás le pida un electroencefalograma, quizas le pido tests de laboratorio, quizás lo mando donde un psicólogo para que le haga una batería de tests psicológicos; voy orientando mi diagnóstico.

Cuando tengo un diagnóstico, lo primero que me pregunto es ¿Este paciente va a mejorar con psicoterapia o no, o necesita otras cosas? La segunda pregunta es: ¿si va a mejorar con psicoterapia, qué tipo de psicoterapia necesita? Yo no soy dogmático de creer que el psicoanálisis lo cura todo o el conductismo lo cura

CON SEGUIN

todo. Cada paciente necesita el tipo de terapia que esté de acuerdo con su problema y con su personalidad. Recién cuando yo decido que ese paciente necesita psicoterapia y necesita el tipo de psicoterapia que yo puedo ofrecerle, entonces la comienzo.

—¿Cómo distinguir que ese paciente está apto para el tipo de psicoterapia que usted ofrece?

El paciente que está sufriendo su careta, que no es capaz de ser él, que no sabe querer.

—¿Qué entendería usted por enfermedad mental?

Bueno, no me gusta hablar de enfermedad mental porque esto implica un transtorno de la mente, y la mente, mens, significa la parte intelectual, la parte racional, y hay muchas enfermedades psiquiátricas que no tienen nada que ver con la mente. Por eso prefiero hablar de enfermedad psiquiátrica y no de enfermedad mental.

El individuo puede estar perfectamente lúcido, inteligente y claro, pero sin embargo *estar enfermo por cuestiones emocionales; son las enfermedades afectivas que no tienen nada que ver con la mente.* Por eso no hablaría yo de enfermedad mental sino de enfermedades psiquiátricas. Y para darle una definición tendría también que extenderme mucho porque usted comprende que toda una vida dedicada a esto lo hace a uno formar una serie de teorías, y de puntos de vista originales. Yo creo que así como el ser humano tiene una serie de mecanismos fisiológicos para mantenerse en equilibrio fisiológico, por ejemplo: sube la temperatura, nosotros tenemos que mantener nuestra temperatura alrededor de los 37 grados, entonces el organismo reacciona con una serie de mecanismos para equilibrar esa subida de la temperatura. Baja la temperatura, otra vez se ponen todos los mecanismos fisiológicos para mantenerse más o menos.

Lo mismo ocurre en la psiquis. El ser humano se mantiene en un equilibrio psicológico que está roto constantemente. Así una emoción, una preocupación, un deseo, un temor, nos están rompiendo el equilibrio psicológico; y tenemos una serie de mecanismos para equilibrarnos otra vez. Mientras esos mecanismos funcionan, estamos perfectamente bien; cuando el ataque, llamémosle así, de las cosas exteriores no puede ser equilibrado más, entonces el individuo entra en la posibilidad de un desequilibrio psicológico, y lo primero que se manifiesta es la angustia. La angustia es la seña de que se ha roto el equilibrio psicológico. Esta puede tomar diversas formas: puede mantenerse como neurosis de angustia, puede transformarse en fobia, obsesión, en lo que fuere; pero esas son formas de manejar la angustia, que es el primer síntoma. Entonces ese individuo ya padece un desorden psiquiátrico; no puede equilibrarse con su psicología; mantenerse en equilibrio.

Usted ha hecho estudios sobre medicina folklórica, nos podría decir ¿Qué es la medicina folklórica?

Bueno, en pocas palabras le diré que todos los pueblos, a pesar del adoctrinamiento occidental que es la medicina académica, mantienen sus tradiciones, y esas tradiciones están basadas en todas las culturas anteriores y se manifiestan a través de las costumbres, alguna de ellas, la medicina del pueblo. Yo llamo medicina folklórica a una serie de métodos y tratamientos que se basan en el conocimiento popular y que están en contra o aparte de la medicina oficial.

—¿Qué vigencia tiene para usted el curanderismo en el Perú?

No me pregunte eso; pregúnteme qué vigencia tiene la medicina; medicina hay en Lima a montones, pero salga usted de Lima a ver si encuentra un médico en un pueblecito de la Sierra, ya no digamos de la Selva, en cien millas a la redonda. Psiquiátras ni digamos; hay más o menos 250 psiquiatras en el Perú. De esos 250 psiquiatras, 220 están en Lima, el resto en Arequipa, Trujillo y alguna otra gran ciudad. Entonces, todo el resto de pacientes médicos y psiquiátricos del Perú están en manos de curanderos. Hay que reconocerlo, esa es la realidad, y cerrar los ojos frente a eso es absurdo. Querer negar la realidad del curanderismo, decir "no esos son charlatanes, no debemos preocuparnos" es un error. Debemos preocuparnos porque esa es la realidad de nuestro país.

—¿Preocuparnos porque hacen daño o porque sí curan?

Las dos cosas. Hay que distinguir, y esto también lo hago muy claramente, entre curanderos y charlatanes.

El curandero es el hombre de buena fe, el hombre que está convencido de lo que hace y de lo que dice, que cura convencido de que está curando. El charlatán es un sinverguenza y explota el dolor humano; ni cree lo que dice, ni cree lo que hace; engaña. El curandero obra con toda la tradición que le viene de las culturas incaicas y preincaicas, y muchas veces hace mucho bien. Yo he visto muchísimos casos curados por curanderos. El charlatán por supuesto hace daño.

—¿Cómo relacionaría su teoría del Eros Psicoterapéutico con el tipo de curación que podría ejercer un curandero?

Están directamente relacionados. Los curanderos tienen mucho más Eros Psicoterapéutico que los médicos. El curandero se acerca a su paciente, habla el lenguaje que habla su paciente, el médico no.

En los hospitales por ejemplo, el médico recibe a los pacientes para salir lo más rápidamente de ellos: "Qué te pasa, qué tienes", el tuteo por supuesto, la receta y listo.

El curandero se acerca a su paciente, conversa con él, averigua de su vida, su familia, de su manera de existir; se acerca mucho más a él, está más en contacto con él, y esa es una de las razones de su efectividad. Hace una psicoterapia, sin nombre ni escuela, pero la hace y cura.

Aparte de este Eros que también es aplicable en el curanderismo, qué otro tipo de aproximación se puede dar con el paciente, o es éste el unico tipo de vínculo?

Para mí este es el 100 o/o. Claro que se pueden usar técnicas y hay montones de ellas. Yo tengo la mía que no es sino el producto de mucha vida y mucha experiencia, que no es indudablemente original, que tomo de muchas de las técni*cas. Yo he sido discípulo* por muchos años muy estricto de Freud, creo que el psicoanálisis es una de las contribuciones más grandes que se han hecho a la psicología moderna y a la psicoterapia moderna, pero esto no quiere decir que no haya tomado yo mucho del existencialismo, precisamente tengo un libro publicado llamado "Existencialismo y Psiquiatría" tomando también del conductismo. Uso hipnosis, mi tesis de doctorado fue sobre hipnosis. Así es que no soy cerrado a ninguna técnica, creo que debe usarse todo lo que puede hacer bien al paciente.

—¿Cuál es el papel del fármaco en su terapia?

A veces es indispensable. Yo no puedo hacer psicoterapia a un paciente que está en pánico, o a un paciente que está en una depresión tal que se va a suicidar, o a un paciente que no puede dormir hace una semana. Entonces primero tengo que ayudarlo a salir de la crisis; para eso empleo yo el fármaco, en conexión con la psicoterapia. Yo sí empleo fármacos y como fundamentales en otros casos como por ejemplo en las psicósis: psicosis maniaco-depresiva, esquizofrenia.

Yo creo y estoy convencido, que en eso el fármaco es lo principal, sin que deje de funcionar la psicoterapia. Pero si me dicen "tiene que elegir entre psicoterapia y drogas para un esquizofrénico", entonces yo digo drogas; pero si me dicen: "tiene que escoger entre psicoterapia y drogas para un angustiado", yo escojo la psicoterapia.

—¿Este Eros Psicoterapéutico funciona también con un psicótico?

Funciona con todos; más difícilmente por supuesto porque el psicótico tiene su careta muy pegada, ya no puede sacársela, ya se ha hecho eso carne de su carne. Entonces es muy difícil acercarse a él, si no se hace previamente un tratamiento de ablandamiento con la fármacoterapia.

—¿Cómo ve usted la psicología ahora en el Perú; cómo se está desarrollando?

Me parece que está desarrollándose, como en muchas partes por supuesto, en una forma un poquito caótica. Primero porque las escuelas son muy exclusivistas: los psicoanalistas no quieren nada si no es psicoanálisis, los conductistas no creen en otras cosas que en el conductismo; y eso no puede ser. El hombre es muy complicado, el hombre no se resuelve con una teoría, ni con una afirmación, ni con una serie de reglas. Yo creo que el psicólogo debe estar abierto completamente a todas las tendencias, a todas las teorías, a todas las escuelas y a aprender con su propia experiencia qué es lo que él puede manejar y con quién.

Yo he publicado otro trabajo llamado "La psicología en la enseñanza de la psicología". Quiero decir que la psicología se enseña con métodos que no hacen que el alumno siente la psicología en él. Lo que yo propuse entonces, y que lo he hecho, es que se enseñe la psicología haciendo que el alumno "padezca" su psicología; y una de las formas es los grupos El alumno debe estar, desde el primer día que entre a estudiar psicología, en grupos.

Yo he hecho eso en la facultad de medicina con los alumnos de medicina, lo que yo llamé grupos de trabajo, en los que el alumno va sintiendo sus problemas, los va experimentando; entonces va aprendiendo la psicología viviendo la psicología. Creo que esa es la única forma en que el alumno puede hacerse consciente de su propia psicología, de la psicología de los demás y de la importancia que pueden tener los mecanismos psicológicos en función. Una cosa es aprenderla y otra cosa es vivirla, sentirla en uno mismo.

—¿Qué importancia tendría para usted este tipo de trabajo que estamos realizando en esta revista como forma de difusión de la psicología?

Tiene toda la importancia que tendría la aproximación teórica. Pero insisto que la psicología se aprende en la psicología, haciendo psicología, y no solamente estudiando psicología. Claro que el conocimiento teórico y la consideración de todos los problemas es indispensable, eso no se puede negar, pero no es suficiente.

HEIDEGGER

EXISTIR Y TRA

A. Wagner de Reyna

La fenomenología y una de sus derivaciones, la filosofía existencial marcan profundamente el pensar entre las dos guerras mundiales, no solo en lo que se refiere a la especulación estrictamente filosófica sino que también en los campos de la psicología y de la psiquiatría, influencia que se prolonga, a ratos polémica, en la evolución conceptual contemporánea.

Martin Heidegger (1889—1976) estimula a través de sus planteamientos la investigación de Ludwig Binswanger en Alemania, y la de Viktor Frankl en Austria. Jean-Paul Sartre ejerce influencia determinante en el pensamiento del suizo Medard Boss, y el propio Maurice Merleau—Ponty incursiona con éxito en la psicopatología de las sensaciones.

Una de las grandes figuras del existencialismo alemán cuyo centenario ha sido hace poco celebrado mundialmente Karl Jaspers, fue dada a conocer en el Perú por Honorio F. Delgado (1), quien expuso ampliamente su producción filosófica y sus enseñanzas sobre psicopatología (2) entre nosotros.

Basten estas brevísimas indicaciones para señalar que el tema del existencialismo —posición que responde a las preocupaciones propias de tiempos de crisis— no carece de significación en la investigación actual sobre psicología y psiquiatría. En estas páginas nos concretaremos a Martin Heidegger y a los desarrollos que su meditación sugiere en relación con la trascendencia del existir.

Sin entrar en mayores disquisiciones, se puede decir que la obra de este pensador está bajo el signo de Edmund Husserl (1859—1938) (descripción fenomenológica de la existencia) y de Kant (profundización trascendental), y que en él se advierten inquietudes sugeridas por Kierkegaard (1813—1855), Brentano (1838 1917) y Nietzsche (1844—1900). ¿Resta tal comprobación originalidad a la meditación de Heidegger?

Hay dos maneras diversas de originalidad: una que consiste en la aventura por caminos no trillados, y por ello la apertura de horizontes no sospechados; la otra que estriba en dar un paso hacia delante, partiendo del lugar donde quedaron los demás.

Lo curioso es que ambas no se oponen, y que un pensamiento puede, en un respecto, corresponder a uno de los modos indicados, y en otro, a su contrario. Tal es el caso de Heidegger que a la vez construye sobre cimientos dados y descorre velos inesperados.

La fusión íntima de los elementos básicos del existencialismo con los supuestos formales de la fenomenología y del trascendentalismo es ya una obra maestra en la cual capta, expresa y clarifica lo que se hallaba ya en el ambiente filosófico de su época. Pero el gran mérito está en haber —gracias al instrumento así forjado— descubierto y descrito estructuras de la existencia que son fundamentales y decisivas (3); y por encima de ello el haber superado —en una "conversión" del pensamiento— sus propias posiciones abriendo su visión a lo inmediato del ser.

Nos mantendremos en nuestra exposición —fundamentalmente— en la primera etapa de la especulación, aunque sin dejar por ello de echar de vez en cuando una mirada a la segunda.

Como es sabido, hace Heidegger una radical diferencia entre el ente cuya esencia es su existencia (el hombre = existir) y los otros entes (útiles y presentes). El primero está determinado por existenciales; los otros por categorías (4). Los entes que no somos nosotros mismos son captados y entendidos al hacer nosotros uso de ellos, al tener que ver con ellos en cuanto relacionados con nosotros: los captamos como **útiles** (Zeug). Con estos **útiles** siempre hay una **"Bewandtniss"**, son en alguna forma circunstanciados por algo y hacia algo, **para lo que** son útiles. Y así se encadenan en vista de su *sentido y utilidad* hasta formar un complexo o totalidad de circunstancias (5), que, empero, les es ontológicamente anterior. "La totalidad de circunstancias se retrotrae en último término a un **para qué** para el cual no hay más ninguna circunstancia, que no es un ente en el modo de ser de la "utilidad" **(Zuhandensein)**, sino un ente cuyo ser está caracterizado como ser - en - el - mundo, a cuya constitución ontológica pertenece la mundanidad (6).

Este ente es el existir. El hombre es pues definido como el ente que es en el mundo. **Mundo** no significa aquí "suma de todas las cosas" o universo, sino se halla en la dimensión de una **estancia**, de una referencia activa y pasiva en la línea del concepto kantiano: "Concepto de mundo se llama a aquel que se refiere a eso que interesa a todos" (7). Dicho de otro modo: el mundo como totalidad no es, pues, un ente múltiple sino aquello desde lo cual el existir se significa a sí propio frente a qué entes puede tener una relación (comportamiento) y de qué modo ha de ser ésta. (8) El término **mundo** está encaminado a la interpretación de la existencia en su referencia a los entes en su totalidad (9). El mundo es pues en cierto sentido "subjetivo", debido al hombre, que lo traza sobre los entes y deja así que éstos sean avistados. El existir como ser-en- el - mundo transciende, sobrepasa, transciende a los entes en dirección al mundo. El ser - en - el - mundo es **transcendencia**. El existir en su modo de ser cotidiano y decadente se descubre a sí propio, se descubre como tirado, lanzado en el mundo, prácticamente en él. La transcendencia es contingencia.

En esta situación, el hombre se preocupa con los entes (**cuidado** como ser del existir = **Cura = Sorge**); el existir —de hecho— donde ellos, con ellos, ha de comportarse con los entes que se avistan desde el mundo que el ha trazado en su contingencia.

Heidegger ve, de este modo, la transcendencia mundanal del existir **(Dasein)** como un preocuparse. El ser - en - el - mundo es **cuidado**, tiene que hacer con las cosas que encuentra en el mundo y **decae** hacia ellas. El cuidado se siente lanzado (en el mundo) desde siempre (facticidad); el cuidado es siempre ya en . . . y nunca lo es de sí mismo, siempre tiende a. . . Tendiendo a . . . se ha adelantado a sí mismo, se es de antemano, *es su posibilidad (existencia)*. ***Cuidado es existencia fáctica y decadente.*** La existencia se es siempre de antemano y por lo tanto íntimamente **desintegrada**. El ser decadente lleva a un análisis **impropio** de la existencia, pues se ha hecho a base de un fenómeno desvirtuado.

Pregunta Heidegger: ¿Podrá el existir ser captado —después de este análisis preliminar— en su **totalidad y propiedad?** Si el existir es siempre su posibilidad, es siempre lo que todavía no es, entonces no puede alcanzar su totalidad mientras exista: el existir sólo estará completo cuando ya no exista. Y así tenemos a la muerte como posibilidad única de la totalidad del existir (10) ¿Es entonces imposible captar el existir en su totalidad? ¿O ha de tomarse aquí muerte en otro sentido que "mero fallecimiento"? Mientras vivimos morimos; la muerte puede ser captada como ser - hacia - el - fin, como ser - hacia - su - propia - muerte. El existir puede alcanzar su totalidad siendo hacia su más propia y última posibilidad.

Pero en la vida diaria huímos de la muerte, no queremos saber nada de ella. **Uno** (la manera impersonal y decadente de ser del existir = **"Man"**) no permite que surja el valor de angustiarnos ante la muerte (11). La muerte, en que el existir alcanza su totalidad, es la más propia posibilidad de éste; pero en el modo decadente el existir no se lanza hacia su muerto: es impropio.

Como puede realizar el existir su **propiedad** para atingir su **totalidad?**

Escuchando la voz de la conciencia (12), que culpa (13) al existir. Asumiéndola esta culpabilidad, asumiéndola en toda su amplitud hasta su fin. **Decidiéndose** (14) a ser culpable, a ser como es, i.e.: ser hacia su muerte. La **totalidad** implica la propiedad (la no-alienación); y ella, la decisión del existir.

Muerte como existir en su **totalidad** sólo puede ser vivida en la **decisión** del existir de ser en su **propiedad**, de responder con autenticidad a la contingencia.

La mortalidad es así —en su amplio contenido existencial— un constitutivo fundamental del hombre, precisamente aquel que reune y junta en su autenticidad las estructuras de referencia que lo vinculan a las cosas, a aquellos entes que se dan en el mundo (que se **dan en su** mundo, pero que no **son** en el mundo), y que la tradición llama sub-lunares o *terrestres, que le son útiles, o a las cuales ha de enfrentarse.*

Esta "presencia" de *lo terrestre y lo mortal* —existencial en el **mundo** (tal como es expuesta en su obra capital **Sein und Zeit**) es completada en la evolución del pensamiento de Heidegger con dos instancias más —el cielo y lo divino—, de modo que ya en 1950 habla del mundo como **cuadro (Geviert)** a cuya "cuatridad" concurren cielo y tierra, los mortales y lo divino *encuadramiento que por así decir tiende la tela de referencias* que es el mundo sobre el cual se bordan o destacan las cosas. (15).

A la trascendencia propia del cuidado, a que ya nos hemos referido, se añaden así dos otras aperturas, posibles, modos de trascender, que pueden ser objeto de elaboración conceptual, y que Heidegger no ha recogido sino fragmentariamente. El uno es el ser-hacia-Dios, sobre el cual expresamente declara que con la interpretación ontológica del existir como ser-en-el-mundo nada se ha decidido ni positiva ni negativamente (16). Ha sido Xavier Zubiri (1898—1983) quien ha busquejado la posible dirección en que podría encaminarse el meditar sobre bases heideggerianas en esta materia. Para él el hecho de la facticidad nos patentiza la simple obligación de ser. Esta obligación es la consecuencia de algo más radical: estamos ligados a la existencia porque —previamente— estamos re-ligados a aquello que nos hace existir. En esta re-ligación estamos so-

metidos a algo que no es ni intrínseca ni extrínsecamente constitutivo de lo que somos, pero que nos **hace ser** primitivamente. De este modo en la obligación **vamos hacia** algo que se perfecciona, en cambio en la religación **venimos de**. . . Es un ir que no está en la línea del perfeccionarse o acabarse sino del **aceptar de dónde venimos, el camino hacia un** reconocimiento **que aquello que "hace que haya". Para Zubiri** (17) se abre así en el hombre una **segunda trascendencia**, en una dimensión vertical, comparable a la especulación de Karl Jaspers sobre la "trascendencia metafísica". (18).

La referencia en las obras posteriores de Heidegger a "Dios y los dioses" (la influencia de Hoelderlin es evidente) desvían su propio camino del que —con inspiración cristiana— señalaba Zubiri, lo que no quita que la preocupación por la problemática de Dios estuviese presente en su mente. Corrobora este aserto el hecho que la última aparición de *Heidegger como profesor —un seminario en Thor (Provence) en 1969) versara sobre el tema: "Kant: la única posible prueba de la existencia de Dios".*

La referencia que Heidegger hace a "los mortales" en el **Cuadro** del mundo, en contraposición aparente a lo divino, hace pensar en que la muerte tiene un caracter de definitiva aniquilación. Sin embargo su enfoque como totalidad, en la decisión que lleva a la propiedad, y el contexto conceptual en que se mueve, podría abrir la puerta a una reflexión sobre la supervivencia después de la muerte, sobre una **tercera trascendencia**: el ya-no-ser-más-en-el-mundo. Y quizá las tres trascendencias no sean sino una y la misma —desde diversos puntos de vista—, la trascendencia como sostenerse en la nada (19).

Permítame el lector indicar, con cierta libertad de exposición y doctrina —propia de un discípulo—, en qué sentido podría marchar la fundamentación de esta tercera transcendencia en la filosofía expuesta.

...SCENDENCIA

¿Qué es la muerte?

Una respuesta al parecer sencilla y vacua, pero que entraña toda la grandeza del problema, es la siguiente: el resultado y el ser (esencia) del morir. ¿Y el morir? Es haber partido y aún no haber llegado, es un estar en camino, un no tener patria. El que muere ya no es ciudadano del mundo, le ha vuelto las espaldas y se aleja de él, y todavía no lo es del lugar de su destino: es apatrida. Morir es terminar, un gastar —o malbaratar— su vida, y sin embargo un luchar por conservarla: perderla a trozos.

Esta misma acción recibe, empero, un nombre muy distinto: vivir. Y no sin razón, pues ello es un marchar constante, un dejar detrás de sí sin jamás alcanzar nada cabalmente; es estar allende todo verdadero comienzo, es venir e irse del mundo, en el cual cada día más es un día menos. No es esto teoría nueva. San Agustín ya lo dijo, pues para él ". . . en verdad desde que empezó a ser en este cuerpo, desde entonces en la muerte" (20). "El sabe como esta vida es más bien muerte que vida, su primer instante muerte que comienzo; su crecimiento muerte que crece; sus cambios, mutaciones de la faz de la muerte" (21). Y lo corroboró Don Francisco de Quevedo en su Visita de los Chistes: nacer es empezar a morir, vivir es vivir muriendo, morir es terminar de morir. (22) Y no menos explícito es Martin Heidegger cuando afirma: el existir muere fácti*camente mientras existe* (23).

La muerte es el resultado y la esencia del vivir-morir (es lo que lleva en su centro). Lo primero porque con ella termina, lo segundo porque a ella se reduce en última instancia. La esencia es, en verdad, lo más propio que se tiene, la culminación interior, la entelequia, hacia la cual se dirige la vida si no quiere perderse en lo exterior. La muerte —dijimos— es la más **propia** posibilidad del existir.

La muerte como entelequia de la vida es su fin, en todos los sentidos de la palabra es definitiva. En ella halla su concreción y su término, más allá de ella ya no es: está decidida su suerte. La última y **decisiva** posibilidad del existir es la muerte.

Pero cualquier cosa que llegue a su fin, **está junto** en él, allí se cumplen sus tendencias, se hacen realidad sus anticipios alcanza su integridad —que aún no tenía cuando era proceso, marcha hacia. . . La muerte es la **totalidad** el existir.

En resumen el **"Sein-zum-Tode"** es el ser mismo del vivir puesto que es el morir que se dirige hacia sí propio, hacia su perfección y término. La muerte es la más propia, última y decisiva posibilidad de la vida, en la cual esta alcanza su totalidad.

Esta extraña situación —tan verdadera que generalmente se olvida— se hace sin embargo presente, surge como "lo grande" que agobiada a Malte Laurids Brigge (24), que se es y que no se es, "que salía de mí como un gran tumor, como una segunda cabeza, y era parte de mí, si bien no me podía pertenecer porque era muy grande". Se presenta también como soledad, esa gran nada que se puede ver cuando uno se asoma al balcón de su existencia, esa soledad enorme y quieta que es uno mismo, y a la cual se acerca la persona con cada día. La muerte es la máxima soledad, que durante la vida circula por las venas, y llama desde la lejanía.

"La muerte es grande.
Somos los suyos,
Con los labios sonrientes.
Cuando creemos estar en medio de nuestra vida,
Se atreve a llorar
Allá en medio del corazón" (25)

La muerte, a pesar de ser segura, es considerada siempre como algo casual, como imprevista y jamás precisable.

A veces viene cuando el fruto está maduro, cuando el cuerpo está endeble y anciano, y la misión cumplida. Otras veces salta como una liebre de dentro e interfiere y pone fin al morir. Siempre es el gran golpe; inconcebible e inexplicable como la nada; la razón de esto está en que el hombre no se compone precisamente de lo uno más lo otro, de sustancia espiritual y sustancia corporal. No es —como piensan los platónicos— la separación un liberarse del espíritu, y la muerte un arrojar el lastre. El hombre en realidad se compone de forma y materia, siendo la una para la otra.

La separación es pues ruptura de vínculo esencial, una violencia de la cual se resiente el todo. Esta es la gran tragedia de la vida: su cumplimiento —la muerte— es su sentido y a la vez su negación. La muerte está en ella, pero también contra ella, los términos dialécticos son: la vida es hacia y en la muerte, la muerte es contra la vida. Por ello está dentro y es como si viniese de fuera.

El hombre es un ser en batalla, sobre todo consigo mismo: ensaya superar la tragedia de vida y muerte. El camino más fácil es la huída, la furia hacia el mundo, hacia las cosas que no mueren porque no viven, hacia el estrépito de las calles donde no hay lugar para el silencio, compañero y heraldo de ella (de la que no tiene nombre). Esta solución no es lo, es farsa, engaño.

Otros —a quienes sobra el sentimiento y falta la ponderación— no descubren sino un acceso a la inabordable ciudadela de la nada: el amarla. Aman su muerte porque se les viene encima, porque no pueden evitarla. Antes que ella los abrace, se entregan. Esto tiene un nombre sabio: nihilismo.

Pero hay también maneras muy inteligentes de "superar" la esencia mortal del hombre, esponjas teóricas para borrar el espanto de la gran pizarra del vendrá. Dijo, por ejemplo, Epicuro que la muerte no tiene nada que ver con nosotros, pues si nosotros existimos, ella todavía no es, y si ella existe, ya no somos nosotros. Y Séneca la negó de otra manera: "Las cosas se van pero no perecen", la muerte es un volver al origen, a la circulación en el Cosmos. Tales las voces de dos hombres que superaron en su doctrina la idea, pero no la muerte misma.

La pregunta queda abierta. ¿Cómo dar solución al problema?

Por tres caminos de reflexión se llega a palpar la victoria sobre la muerte, la humana superación de la humanidad siguiendo el rumbo que involuntariamente indican las ya señaladas tres características heideggerianas de aquella: totalidad, propiedad y decisión.

Decíamos que con la muerte se alcanza la **totalidad** de ser, que es un **estar junto** de todo el vivir-morir en un solo instante: la integridad de la existencia. ¿Pero para qué todo ello, qué sentido tiene que la vida haga como un gran nudo antes de acabar? la muerte como totalidad sólo adquiere su sentido cabal si se la considera en función del Juicio. Las religiones de oriente y occidente enfocan, en efecto, la muerte como el acceso al juicio que se hace a la vida que acaba y que determina su destino en la supervivencia **post-mortem**. En él —en que se resume la última posibilidad— se hallan reunidos, diríamos en "en autos" sobre la mesa del Tribunal todas y cada una de las acciones del hombre. Es curioso observar el caracter jurídico que así adquiere la muerte. En la muerte la vida íntegra se proyecta en la pantalla de la actualidad de una legalidad trascendente, como ocurre —según los tenatólogos— en el momento del tránsito, con todos los detalles de ella.

El hombre, en el momento del Juicio está todo junto, desde su primer hasta su último instante, pues sólo así habrá justicia.

Y ahora una segunda pregunta ¿Para qué el Juicio? Sería algo ocioso si su objeto fuese únicamente la comprobación. Está allí como puerta del premio o del castigo. El Juicio solamente puede ser entendido en vista de una vida futura en que se haga justicia. La interpretación de la muerte como totalidad lleva, en último análisis, a exigir la vida eterna. Ser hacia la muerte, visto de este modo, es ser hacia la eternidad (26).

La muerte es también la más **propia** de las posibilidades, en ella se perfila por última vez y con mayor fuerza la personalidad de cada cual. El hombre en ella es colocado sobre sí mismo —nadie puede ayudarlo. Es una isla, isla en su soledad. Lo más individual es la muerte, lleva impresa sobre sí el monograma del que la

muera. El Camarero Christoph Detlev Brigge de Ulsgaard, (27) cuya muerte vivió en él dos meses (con gran estrépito y furia terrible), el viejo Timofei (28) —que murió cantando—, y el Corneta Christoph, todos ellos son ejemplos que surgen de las páginas escritas por un hombre murio —R.M. Rilke— que "vió" la realidad transcendente; todos mueren no fallecen simplemente a su manera, con sus gestos propios y pequeñeces grandes, y todo lo demás que pertenece a aquella cueva sin fondo. ¿Qué significación podría tener la muerte como máxima flor de la personalidad, como el definirse del individuo en sus propias características, si no ha de ser más que la mera desaparición de aquella? El llegar a la cumbre coincidiría con el caer en lo más hondo del valle, la culminación con el aniquilamiento. ¿No es más bien la concreción suprema del yo un anticipo, un esfuerzo, un salto hacia un plano en el cual éste habría de moverse con mayor libertad? ¿No es la afirmación de la persona indicio de su supervivencia?

La muerte es el momento máximo y **decisivo**, el último, en que se cumple y perfecciona la acción del vivir—morir, al cual convergen los hilos imperceptibles de la existencia. Esto no puede significar otra cosa sino que es el instante del fracaso o del triunfo: en él queda sellado, **decidido**, todo lo demas —ganarse o perderse.

Lo primero es perderse en Dios, es el echar raíces y afirmarse de nuestra esencia, quedar y subrayar lo que se es: criatura contingente, constantemente sostenida por la voluntad divina. El perderse es el ganarse a Dios, el meterse en sí mismo, el cortar los cabos que unen con lo absoluto, el ser como el demonio, que nada quiere saber de El. Diferencia esta, no sólo en el orden moral y teológico, sino también y primariamente de carácter ontológico. En suma: de las características de la muerte misma se desarrolla orgánicamente aquello que la vence y le da un nuevo sentido: la supervivencia de la personalidad.

La triple trascendencia en la línea del pensamiento de Heidegger, cuya problemática hemos señalado, no se presenta "clara y distinta" (como lo hubiera deseado Descartes), su caracter "discutible" no es empero un defecto o deficiencia conceptual, sino por lo contrario una de sus características esenciales, que confirman lo que el mismo Heidegger dice interpretando un texto famoso de Hoelderlin: "El Dios es desconocido y sin embargo la medida. No sólo esto, sino el Dios que queda ignoto tiene, en cuanto se muestra como el que es, tiene que aparecer como el que permanece desconocido". **(Der Gott ist jedoch unbekannt und ist dennoch das Mass. Nicht nur dies, sondern der unbekannt Bleibende Gott muss, indem er sich zeigt als der, der Er ist, als der unbekannt Bleibende erscheinen". (29).**

NOTAS

(1) Véase Honorio Delgado: "Ecología, tiempo anímico y existencia", Ed. Losada, Buenos Aires, 1948, pags. 140 y sgts.
(2) Jaspers: **Allgemeine Psychopathologie**, Berlin 1923 (3 Ed.)
(3) **Sein und Zeit, Erst Haelfte,** Halle, 1927
(4) Para una explicación más completa sobre estos puntos véase mi "Ontologia Fundamental de Heidegger, Buenos Aires, 1939, 9 y sgtes.
(5) Heidegger: Sein und Zeit, pag. 82 y sgts.
(6) Sein und Zeit, pág. 84.
(7) Kant: **Kr. der R. V. 11 Ed.** pag. 868, nota.
(8) Wesen des Grundes, pág. 26.
(9) Wesen des Grundes, pág. 25.
(10) Sein und Zeit, pags. 237 y sgts.
(11) Idem. pág. 254.
(12) Idem. págs. 268 y sgts.
(13) Idem. págs. 280 y sgts.
(14) Idem. págs. 296 y sgts.
(15) **Unterwegs zur Sprache,** Die Sprache. Pfullingen, 1959, pag. 22 y sgts.
(16) **Vom Wesen des Grundes,** Halle, 1931 pag. 28, nota.
(17) Xavier Zubiri: **Autour du probleme de Dieu** en Recherches Philosophiques, Paris, 1935–36, pags. 321 y sgts.
(18) Karl Jaspers, **Philosophie,** Berlin. 1932, Tomo I, pags. 48 y sgtes. y tomo III, págs. 200 y sgts.
(19) Heidegger: **Was ist Metaphysik?** Bonn 1931. pag. 24.
(20) De Civ. Dei XIII, 10.
(21) Przywara. S.J.: Augustinus, Lipsia, 1934, pág. 559.
(22) "La muerte no la conocéis, y sois vosotros mismos vuestra muerte: tiene la cara de cada *uno de vosotros, y todos sois muertes de vosotros mismos.* La calavera es el muerto, y la cara es la muerte, y lo que llamais morir, es acabar de morir, y lo que llamas nacer, es empezar a morir; y lo que llamais vivir, es morir viviendo; y los huesos, es lo que de vosotros deja la muerte, y lo que le sobra a la sepultura".
(23) Sein und Zeit, pág. 251.
(24) Rainer María Rilke: **Die Aufzeichnungen des Malte Laurids Brigge,** Lipsia, Insel–Verlag, 1919, Tomo I, págs. 88–89.
(25) Rilke: Gedishte II, Lipsia, Insel–Verlag, pág. 26.
(26) La crítica que hace Landsberg al punto de vista de Heidegger en su "Essai sur l'expérience de la mort" (Paris 1936) me parece por lo tanto infundad. Se pueden sacar las consecuencias del "ser hacia la muerte" como es presentado en "Sein und Zeit", y entonces toda esta estructura adquiere un carácter cristiano.
(27) Rilke: Aufzaichnungen des M. L. Brigge, Tomo I págs. 10 y sgts.
(28) Rilke: Geschichten vom lieben Gott. Lipsia, Insel Verlag, 1936, págs. 55 y sgts.
Disculpe el lector el repetido recurso a Rainer María Rilke. Heidegger y Rilke expresan en muchos lugares la misma intuición existencial, el uno en Metafísica, el otro en Poesía. (Por lo demás –como dijo Jean Wahl): Hay una lucha de la metafísica con la poesía, y de la poesía con la metafísica; sin embargo, ellas siempre permanecen unidas, viviendo de sus muertes recíprocas, naciendo cada una en el momento en que la otra se destruye, pero viviendo también de sus vidas recíprocas".
(29) Heidegger, **Vortraege und Aufsaetze**. Neske, Pfullingen, 1954, **"Dichterisch wohnet der Mensch"**, pag. 197.

LIBROS

YARIA, Juan (1982)
Abordaje Psicoterapéutico de las Psicosis. Buenos Aires Editorial Paidós. 197 pp.

Juan Alberto Yaría, autor argentino, en "Abordaje Psicorerapéutico de las Psicosis", reúne sus experiencias de trabajo con pacientes psicóticos y sus familias al interior de una comunidad terapéutica con orientación psicoanalítica. Así, este autor lacaniano reafirma la posibilidad de una integración entre el enfoque analítico y el comunitario.

El libro, que está didácticamente diseñado y mantiene, de manera constante, las ideas principales, comprende una Introducción y cuatro unidades compuestas cada una de varios capítulos, siendo algunos de ellos conferencias. En la primera parte, el autor revisa histórica y teóricamente el concepto de locura e institución psiquiátrica, la cual se basa en una doble marginación del paciente: del exterior que lo aisla, y de la institución misma cuya finalidad sería más su reclusión que su curación.

Yaría entiende la enfermedad mental como producto de la historia del individuo y de la cultura misma. La psicosis, concebida como fijación narcisística "no es una abstracción diagnóstica sino una problemática vital"... *Inherente al conjunto de relaciones interpersoles: "no existe la psicosis* existe el psicótico", quien es el representante y depositario de la conflictiva familiar, sería entonces el psicótico un sujeto enajenado, no dueño de su propio destino, un sujeto que no ha podido desprenderse de su grupo de origen; pues la familia, analizada como trío edípico, debe tender de la endogamia a la exogamia (ingreso a la cultura).

El síntoma psicótico no es entendido como un mensaje carente de significado sino, por el contrario, como pleno de un sentido diferente, comprendido a partir del inconciente donde es latente tanto lo individual como lo social.

En cuanto al trabajo institucional con psicóticos, Yaría realiza una diferenciación entre el tratamiento comunitario y el tradicional, planteando que éste último descuida el discurso del paciente. En el comunitario, contrariamente, el sujeto posee un lugar en el cual su palabra es escuchada.

Postulando que el psicótico presenta una alteración en el aparato simbólico, describe el proceso comunitario como proceso de simbolización. En la institución se descifrará la producción del paciente a través de una reconstrucción histórica, replicándose la situación familiar.

El trabajo psicoterapéutico, que incluye a la familia, está abocado a la experiencia de simbolización conjunta, donde cada miembro y actividad de la comunidad terapéutica está orientada a efectivizar dicha experiencia. Se pretende establecer una relación terapéutica escuchando la palabra del paciente, apoyándose en los núcleos neuróticos que posee el psicótico.

Finalmente, se analiza el lugar del equipo terapéutico como depositario de toda una trama familiar, relevándose la importancia que dicho equipo sea capaz de conocer su propia conflictiva.

"Abordaje Psicoterapéutico de las Psicosis" es un libro especializado dirigido a personas interesadas en el trabajo con psicóticos, así como a aquellas dedicadas a la comprensión de la psicología humana.

Esta obra es pues un valioso aporte teórico e histórico en el estudio de la psicosis, más aún si se tiene en cuenta la escasa bibliografía en español que existe sobre el tema.

Asimismo cabe destacar la concepción humana de la enfermedad mental que Yaría postula en su obra reinvindicando al paciente como sujeto.

(Marichela Vargas Polack)
(Lorena Marquina Vega)

MANNONI, Maud (1981)
El Psiquiatra, su loco y el Psicoanálisis. México. Editorial Siglo Veintiuno. *251 pp.*

EL PSIQUIATRA SU LOCO Y EL PSICOANALISIS

El estudio llevado a cabo por Mannoni reflexiona sobre la inconsistencia de un sistema psiquiátrico tradicional que lejos de posibilitar que el discurso psicótico del llamado "enfermo mental" se reencuentre con sus significantes, lo sella en una nueva entidad psicótica "institucional. De esta manera se impide crear las condiciones que permitan que "la locura" se exprese sin constricciones, dejando de lado la demanda del paciente, es decir sin comprender los engaños y la trampa que ésta oculta, demanda que busca más bien un soporte para esa palabra ajena que se le impone como único vínculo con una humanidad que está perdiendo.

Mannoni se apoya en el cuestionamiento que a nivel ideológico y político lleva a cabo el movimiento antipsiquiátrico (Laing principalmente) para entender, explicar y cuestionar dicho fenómeno. Analiza cómo el médico (psiquiatra) desempeña el papel que la sociedad le ha asignado, ésto es, ser el encargado de resguardarla de la locura, que siendo inherente a su constitución misma es negada y depositada fuera de ella. De esta manera, el médico se ve restringido en su verdadera labor de entender y develar el significado del proceso psicótico pasando a ser un mero agente defensor del orden establecido por la sociedad. Se ve obligado (y lo acepta sin cuestionamientos) a formular criterios de normalidad -

anormalidad para poder justificar su función segregadora en perjuicio de un individuo que clama por comprensión; en contraposición se limita a atensición se limita a atender las demandas que llegan del mundo (sociedad y grupo familiar al cual pertenece el individuo-paciente) en el cual dicho sujeto se mueve.

La autora propone frente a esa encrucijada de la psiquiatría tradicional que el instrumento terapéutico apropiado debe continuar siendo principalmente "la institución" pero con criterios totalmente opuestos; ésta debe reorganizarse de tal manera que permita realmente que el individuo se reencuentre con sus significantes, es decir la institución debe desempeñarse como lugar de recepción de la locura, no como intento segregativo, sino como intento de develar una "verdad alienada". "Debe ser ante todo un lugar en el que sea posible volver a interrogar a la enfermedad mental según criterios diferentes de los que se han tomado en préstamo de una ideología o a ciertas concepciones cientificistas. Solo de esa manera se llegará a comprender y a actuar humanamente frente al enfermo mental. " (Cooper)

Mannoni plantea que el psicoanálisis reinvindica el discurso del psicótico y en ese sentido *se ofrece como una alternativa terapeútica consistente y con grandes posibilidades de rescatar al sujeto de la alienación* en que se halla atrapado.

(*Edwin Peñaherra*)
(Miguel Wagner)



MINISTERIO DE EDUCACION

PROGRAMA NACIONAL DE PSICOPEDAGOGIA

Como una de las acciones de promoción y avance al desarrollo educativo de nuestro país, el Supremo Gobierno ha creado el "Programa Nacional de Psicopedagogía", adscrito a la Alta Dirección del Instituto Nacional de Investigación y Desarrollo de la Educación del Ministerio de Educación.

Son fines del Programa Nacional de Psicopedagogía los siguientes:

a) Realizar investigaciones cientficas orientadas al estudio del desarrollo Bio-Psico-Social del Educando Peruano.

b) Promover y desarrollar investigaciones al estudio de los factores Psico-sociales y Pedagógicos que intervienen en el proceso Enseñanza-Aprendizaje para propender en el educando, el desarrollo de la capacidad de aprender.

c) Producir, adaptar y estandarizar instrumentos Psicométricos que permiten la evaluación y diagnóstico de los aspectos cognoscitivos, afectivos y otros rasgos de la personalidad del educando.

d) *Sistematizar y tecnificar las acciones de orientación del educando y orientación vocacional y profesional en todos los niveles del sistema educativo, haciendo uso de los resultados de los instrumentos psicométricos y de las investigaciones realizadas.*

e) Elaborar experimentar y publicar material técnico Psicopedagógico para la implementación y ejecución de los servicios del programa.

f) Promover y ejecutar acciones de especialización del personal que cumpla funciones psicopedagógicas y realizar labor de difusión a los docentes.

g) Establecer convenios con las Universidades para afianzar los objetivos del programa nacional.

El programa nacional de Psicopedagogía, viene trabajando desde el mes de Noviembre de 1984; Una de sus primeras acciones ha sido la organización del Curso de Especialización en Psicopedagogía para formar los recursos humanos necesarios.

El Ministerio de Educación hace un llamado a las diversas instituciones del país a prestar su valioso concurso que permitan que los grandes problemas psicopedagógicos se resuelvan para el bien de la Educación Nacional.

Lima, Marzo de 1985

OFICINA DE COMUNICACIONES